

LANGZEITUNTERSUCHUNGEN
ZU PROGNOSE UND VERLAUF BEI PATIENTEN MIT
CHRONISCHER URTICARIA

TINO F. SCHWARZ

1986

*Diss
München*

Aus der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der
Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h. c. O. Braun-Falco

Langzeituntersuchungen zu Prognose und Verlauf
bei Patienten mit chronischer Urticaria

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten
Medizin an der Ludwig-Maximilians Universität München

Vorgelegt von
Tino F. Schwarz
aus
München
1986

Mit freundlicher Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Ring

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. h. c. O. Braun-Falco

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 8.4.1986

Meiner Mutter in Liebe gewidmet

In Erinnerung und Dank an Fannerl



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547927_0032

Inhaltsverzeichnis

A.	Einleitung	3
B.	Patienten und Methodik	5 - 11
1.	Patienten	5
2.	Durchführung der Untersuchung	5 - 7
3.	Fragebogen	8 - 10
4.	Statistische Auswertung	11
C.	Ergebnisse	12 - 63
1.	Beschreibung des Patientenkollektivs	12 - 35
1.1.	Bildung von Patientengruppen	12 - 13
1.2.	Zeitraum der Nachbeobachtung	14
1.3.	Alter und Geschlecht	15 - 21
1.4.	Erkrankungsdauer	21 - 32
1.5.	Intensität der Urticaria in Abhängigkeit von der Tageszeit	33 - 35
2.	Assoziierte Erkrankungen	35 - 37
2.1.	Bekannte Erkrankungen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung	35 - 36
2.2.	Neu aufgetretene Erkrankungen seit Ent- lassung aus der Klinik	37
3.	Herdgeschehen und Fokus-Sanierung	38 - 50
3.1.	Fokus-Suche bei der Erstuntersuchung	38 - 46
3.1.1.	Fokus-Sanierung im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	38 - 40
3.1.2.	Fokus-Sanierung im Bereich der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	40 - 42
3.1.3.	Fokus-Sanierung im Bereich der Urologie	42 - 43
3.1.4.	Fokus-Sanierung in sonstigen Fachgebieten	43 - 46
3.2.	Zusätzliche Fokus-Sanierung	46 - 50
4.	Bedeutung von Diätverfahren	51 - 52
5.	Bedeutung von Veränderungen im psycho- sozialen Bereich	53 - 57
5.1.	Familiärer Bereich	53 - 54
5.2.	Berufliche Stellung (Arbeitsverhältnis)	55 - 56
5.3.	Arbeitsplatzwechsel	56 - 57
6.	Medikamentöse Therapie	58 - 63
6.1.	Antiallergische Therapie	58 - 60

6.2.	Sonstige Medikamente	61
6.3.	Homöopathische und paramedizinische Verfahren	62 - 63
7.	Zusammenfassung der Ergebnisse	63
D.	Diskussion	64 - 86
E.	Zusammenfassung	87 - 88
F.	Literatur	89 - 101
G.	Danksagung	102
H.	Lebenslauf	103

A. Einleitung

Unter Urticaria versteht man ein monomorphes Exanthem aus Urticae. Die Primäreffloreszenz ist die Urtica oder Quaddel, eine beetartig erhabene, scharf begrenzte, ausdrückbare Effloreszenz, die juckt. (8)

Es handelt sich bei der Urticaria um eine krankhafte, im oberen Korium lokalisierte Hautreaktion, die durch Flüchtigkeit und durch ein sog. "Reibejucken", das niemals zu blutigen Kratzeffekten führt, gekennzeichnet ist. (50)

Nach der Verlaufsform kann man die Urticaria in akut (< 6 Wochen), chronisch (≥ 6 Wochen), akut intermittierend (mehrere Episoden, akut verlaufend), chronisch-rezidivierend (ständige Schübe, unterbrochen von kurzen, erscheinungsfreien Intervallen) einteilen (8).

Zwischen 15 - 30 % (13, 48, 85, 46, 88) der Bevölkerung werden zumindest einmal im Laufe des Lebens eine flüchtige Krankheitsepisode von Urticaria erleiden. Die Ätiopathogenese wird in vielen Fällen ungeklärt (48, 50, 15) bleiben, jedoch wird vermutet (48, 85, 88), daß ein allergisches Geschehen ursächlich zumindest in bis zu 20 % (88) der Fälle zugrunde liegt. Bei der chronischen Urticaria, einem "leidigen" Problem (90) und einer "Crux für den Arzt und den Patienten" (66) wurde in mehreren Studien (13, 54, 95, 107, 118, 71, 113) versucht, die Ätiopathogenese zu klären. Die Diagnostik und die Therapie der chronischen Urticaria gestalten sich sehr schwierig, langwierig und sehr häufig für den Patienten und den Arzt sehr frustrierend (76). Marks (67) belegte die Urticaria mit dem Etikett vom "Dilemma der Behandlung", indem er eine Arbeit von Lohn Laws Milton (1876) zitierte, in der sich die Behandlungsvorschläge in manchem denen der heutigen Zeit ähneln. Vor 100 Jahren (Milton, 1876) wurden Dampfbäder, heiße Umschläge, Lotiones, Chelchicin, Quecksil-

berdichloridlösungen, Eisenlösungen, Arsenverschüttelungen, Abführmittel, aber bereits auch spezielle Diäten mit Kartoffeln, Teigwaren, Milch, Eiern und leicht verdaulichen Fleischsorten vorgeschlagen.

Eine kausale Therapie der chronischen Urticaria erfordert die Klärung der Ätiopathogenese, denn nur so läßt sich im Idealfall durch Elimination der auslösenden Ursache die Urticaria beseitigen (35, 106). So können sich aus dem Verlauf der Erkrankung Informationen zur Ätiopathogenese ergeben, wenn nämlich untersucht wird, welchen Effekt Medikationen, etwaige operative - und/oder Zahnbehandlungen, Therapien oder Empfehlungen in der Langzeitbeobachtung haben.

Nachuntersuchungen, wie auch die vorliegende Arbeit, leiden häufig an einer geringen Patienten-Compliance (108). Selten wird über eine 100prozentige Beteiligung aller in einer Studie nachzuuntersuchenden Patienten berichtet (2, 93). Ursache dafür dürfte u. a. die Tatsache sein, daß häufig diejenigen Patienten, die nach einer Therapie vollkommen gesund sind, keine Veranlassung sehen, sich in der Klinik wiedervorzustellen, andere von einer Behandlung enttäuscht sind und deswegen die Nachuntersuchung verweigern. So erfüllen Nachuntersuchungen nicht immer die Bedingungen für eine genaue statistische Aussage, da wichtige Informationen über die Patientengruppe, die sich der Nachuntersuchung entzog, fehlen (93). Aus diesem Grunde lassen sich häufig nur Trends aufzeigen. Auch in der vorliegenden Arbeit wird versucht, Trends hinsichtlich des Einflusses von Fokus-Sanierungen, Diäten, medikamentösen Therapien sowie psychosozialen Faktoren auf den Verlauf der Erkrankung bei Patienten mit chronischer Urticaria über einen Zeitraum von mehreren Jahren aufzuzeigen.

8. Patienten und Methodik

1. Patienten

In der Zeit von Mai bis Oktober 1983 wurden 111 Patienten mit chronischer Urticaria nachuntersucht, die in den Jahren 1979 - 1982 an der Dermatologischen Klinik der Universität München (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h. c. O. Braun-Falco) wegen dieser Erkrankung behandelt worden waren. Die Nachuntersuchung fand in der Allergie-Ambulanz unter Aufsicht von Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Ring und Herrn Dr. B. Przybilla statt. Dieser Untersuchung liegt ein Patientenkollektiv der Jahre 1979 - 1982 von 190 konsekutiven Patienten mit chronischer Urticaria, unter Ausschluß von physikalischen Ursachen, zugrunde (61). Von diesen 190 Patienten (61) stellten sich 111 Patienten (58,4 %) zu einer Nachuntersuchung vor. 69 von 190 (42,1 %) Patienten konnten nicht nachuntersucht werden. Es wurden 174 von 190 (91,6 %) Patienten angeschrieben; 16 von 190 (8,4 %) Patienten konnten nicht angeschrieben werden, da sie ihren Wohnsitz außerhalb des Bundesgebietes hatten. Von den angeschriebenen 174 von 190 (91,6 %) Patienten waren 30 (15,8 %) Patienten postalisch nicht mehr zu erreichen, 7 (3,7 %) verweigerten schriftlich eine Nachuntersuchung mit dem Hinweis der Nutzlosigkeit und ohne Angaben zum Verlauf ihrer Erkrankung, 2 (1,1 %) hielten sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im Ausland auf, 24 (12,6 %) blieben ohne Mitteilung der Nachuntersuchung fern.

Vom Ausgangskollektiv von 190 Patienten konnten somit 58,4 % nachuntersucht werden.

2. Durchführung der Untersuchung

Die Patienten des zu untersuchenden Patientenkollektivs wurden angeschrieben, wobei ihnen jeweils drei bis vier verschiedene Termine zu einer Nachuntersuchung angeboten

wurden. Denjenigen Patienten, die die Nachuntersuchungstermine nicht wahrgenommen hatten, wurde noch einmal ein persönliches Schreiben (Abb. 1) übersandt, in dem die Bitte um Stellungnahme darüber ausgesprochen wurde, warum sie dem Nachuntersuchungstermin ferngeblieben waren. Diesem Schreiben lag außerdem ein Fragebogen (Abb. 2) bei, verbunden mit der Bitte um Rücksendung des ausgefüllten Bogens. Bei 9 von 111 (8,1 %) Patienten erfolgte eine telefonische Befragung. Allen zum zweiten Mal angeschriebenen Patienten wurde eine weitere Möglichkeit zur Nachuntersuchung angeboten. Den Patienten wurde vor der Untersuchung ein Fragebogen (Abb. 2) zum Ausfüllen gegeben. Sie hatten sowohl die Möglichkeit, Fragen mit ja und nein zu beantworten, als auch Ergänzungen bzw. Erklärungen darauf niederzuschreiben. Mit Hilfe des Fragebogens wurde dann eine gezielte Anamnese von mindestens 30 Minuten Dauer pro Patient zum Krankheitsverlauf erhoben. Besonderes Augenmerk fanden dabei auffällige Untersuchungsbefunde (z. B. Allergien, Idiosynkrasie, Foci) in der Vorgeschichte. Im Anschluß daran wurde der Allgemein- und der dermatologische Befund von Prof. Dr. Dr. Ring oder Dr. Przybilla kontrolliert und im Bedarfsfalle eine Therapie oder weiterführende diagnostische Maßnahmen eingeleitet.

Abb. 1: Persönliches Schreiben an diejenigen Patienten, die nicht zu der Nachuntersuchung erschienen bzw. ihren ersten Termin nicht wahrnahmen.

DERMATOLOGISCHE KLINIK
UND POLIKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Professor Dr. med. Dr. h. c. O. Braun-Falco

Sehr geehrte(r) Frau (Herr)

Vor einigen Wochen baten wir Sie, zu einer Nachuntersuchung in die Allergie-Ambulanz der Dermatologischen Universitätsklinik, München, zu kommen.

Leider haben Sie von diesem Termin keinen Gebrauch gemacht. Da wir großes Interesse daran haben, zu erfahren, wie es Ihnen jetzt gesundheitlich geht, ob irgendwelche Veränderungen den Krankheitsverlauf Ihrer Nesselsucht beeinflusst haben, bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen baldmöglichst an uns zurückzuschicken.

Sollten Sie den Fragebogen nicht ausfüllen wollen, bitten wir Sie, ihn unausgefüllt, unter Angabe von Gründen, an uns zurückzuschicken.

Sollten Sie einen anderen Termin für eine Nachuntersuchung wünschen, so bitten wir Sie, mit der Allergie-Abteilung in Verbindung zu treten, da wir hierfür spezielle Termine vorgesehen haben.

Unser Dank im voraus.

Mit freundlichen Grüßen

3. Fragebogen

Die Befragung der Patienten fand mit Hilfe eines vorgefertigten Fragebogens statt. Mit diesem Fragebogen (Abb. 2) wurden die Patienten gebeten, über den Verlauf und die Intensität der chronischen Urticaria, anti-allergische und sonstige medikamentöse Therapien, durchgeführte Operationen und Zahnbehandlungen, assoziierte Erkrankungen, Ernährungsumstellungen, Veränderungen im persönlichen oder familiären Bereich, Arbeitsplatzwechsel und Freizeitbeschäftigungen Auskunft zu geben. Der ausgefüllte Fragebogen wurde dann als Gesprächsvorlage benutzt.

Abb. 2: Fragebogen zur Statuserhebung bei Patienten mit chronischer Urticaria

1. Wie würden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand bezüglich Ihrer Nesselsucht (Urticaria) beurteilen? (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

andauernd geheilt - deutlich gebessert - gebessert -
unverändert - verschlechtert

Seit wann?

Wie würden Sie den schlechtesten und den besten Tag des letzten Monats beschreiben?

(Tabelle bitte ausfüllen!)

Anzahl der Quaddeln: (0 = 0; 1 - 10 = +; 10 - 50 = ++; mehr als 50 = ++)

Tageszeit	6 ⁰⁰	12 ⁰⁰	18 ⁰⁰	24 ⁰⁰
schlechtester Tag				
bester Tag				

1.3. Alter und Geschlecht

Von 111 Patienten waren 70 (63,1 %) weiblich, 41 (36,9 %) männlich, die Geschlechtsverteilung ist weiblich/männlich = 2,1 : 1,2. Die Geschlechtsverteilung der Patienten entsprechend ihrem klinischen Zustandsbild bei der Nachuntersuchung zeigt Tabelle 1.

Tab. 1: Geschlechtsverteilung der Patienten (n = 111) bezogen auf den Gesundheitszustand (Gruppe 1 - 5) bei der Nachuntersuchung

Zustand (Gruppe)	männlich	%	weiblich	%
andauernd (1)	12	(29,3)	21	(30,0)
deutl. gebessert (2)	5	(12,2)	10	(14,3)
gebessert (3)	16	(39,0)	28	(40,0)
unverändert (4)	7	(17,1)	10	(14,3)
verschlechtert (5)	1	(2,4)	1	(1,4)
Gesamt	41	(100)	70	(100)

Es zeigt sich, daß hinsichtlich des klinischen Zustandsbildes bei der Nachuntersuchung kein Geschlechtsunterschied besteht. Bei den Frauen betrug das Durchschnittsalter $45,0 \pm 17,5$ Jahre, die Altersspannbreite reichte von 5 - 79 Jahren.

Bei den Männern war das Durchschnittsalter $44,8 \pm 15,1$ Jahre, die Altersspannbreite reichte von 14 - 75 Jahre.

7. Sind seit Ihrer Entlassung aus der Hautklinik neue Krankheiten oder Beschwerden aufgetreten?

Wenn ja, welche?

.....

8. Halten Sie eine bestimmte Diät wegen Ihrer Urticaria ein?

.....

Seit wann?

9. Hat sich in Ihrem familiären Bereich seit Ihrer Entlassung aus der Hautklinik irgendeine schwerwiegende Veränderung ergeben?

(Zutreffendes bitte unterstreichen!)

- Heirat - Scheidung - Todesfall eines Familienmitgliedes - Hinzukommen eines Familienmitgliedes - Versöhnung
- nein - Sonstiges

Hat sich Ihre Nesselsucht (Urticaria) daraufhin gebessert?

10. Haben Sie seit Ihrer Entlassung aus der Hautklinik Ihren Arbeitsplatz gewechselt?

.....

Hat sich Ihre Nesselsucht daraufhin gebessert?

Wenn ja, welche Tätigkeit übten Sie früher aus?

.....

11. Womit beschäftigen Sie sich in Ihrer Freizeit am meisten?

4. Statistische Auswertung

Die Auswertung der Untersuchungsbefunde erfolgte am Institut für medizinische Statistik und Biomathematik (Direktor: Prof. Dr. med. K. Überla) am Klinikum Großhadern, München. Sämtliche Daten wurden mit Hilfe des Biomedical Data Programmes (BMDP) ausgewertet. Dabei erfolgte eine einfache Datenbeschreibung (BMDP-2D), ein χ^2 -Test (BMDP-4F) und eine Varianzanalyse (BMDP-7D).

C. Ergebnisse

1. Beschreibung des Patientenkollektivs

1.1. Bildung von Patientengruppen

Das untersuchte Kollektiv von 111 Patienten wurde in fünf Gruppen unterteilt. Es wurde dabei der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung im Vergleich zum Vorbefund während des stationären Erstaufenthalts zugrunde gelegt. Die Einteilung zeigt also nur den Unterschied im Beschwerdebild der Patienten auf, welcher bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eingetreten war. Demzufolge lassen sich die 111 Patienten des Kollektivs wie folgt einteilen:

Gruppe 1 (andauernd): Die Patienten waren andauernd er-scheinungsfrei; es traten keine Rezidive mehr auf.

Gruppe 2 (deutlich gebessert): Das Beschwerdebild bes-serte sich deutlich; es wurde nur noch gelegentlich über Rezidive berichtet; die Intensität und die Fre-quenz der Urticaria nahmen deutlich ab.

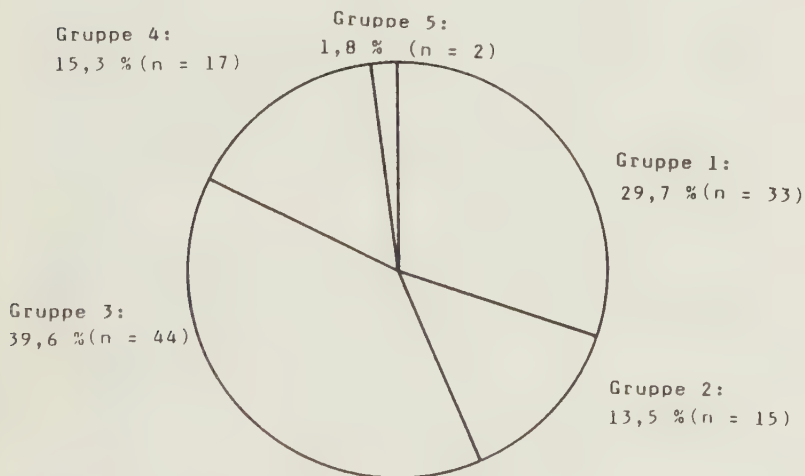
Gruppe 3 (gebessert): Das Beschwerdebild besserte sich im Vergleich zur stationären Erstuntersuchung; nach wie vor traten jedoch Rezidive auf; die Frequenz und die Intensität der Urticaria nahmen ab.

Gruppe 4 (unverändert): Das Beschwerdebild war seit der stationären Erstuntersuchung unverändert; die Frequenz und die Intensität der Urticaria waren unverändert.

Gruppe 5 (verschlechtert): Das Beschwerdebild ver-schlechterte sich; die Frequenz und die Intensität der Urticaria nahmen zu.

Die nachfolgende Abbildung (Abb. 3) zeigt die Verteilung des Patientenkollektivs hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes bei der Nachuntersuchung.

Abb. 3: Prozentuale Verteilung der Patienten hinsichtlich ihres klinischen Bildes bei der Nachuntersuchung

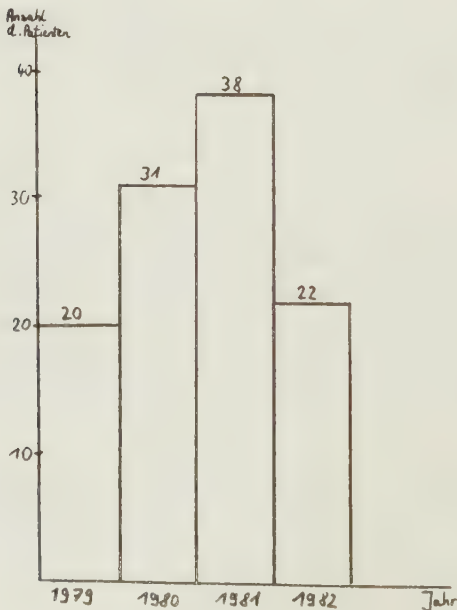


Es zeigt sich, daß bei 92 von 111 (82,9 %) Patienten eine Besserung (Gruppe 1, 2 und 3) ihres Beschwerdebildes seit der stationären Erstuntersuchung eingetreten ist. 33 von 111 (29,7 %) Patienten waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung seit mindestens einem Monat erscheinungsfrei.

1.2. Zeitraum der Nachbeobachtung

111 Patienten mit chronischer Urticaria, bei denen in den Jahren 1979 bis einschließlich 1982 in der Dermatologischen Klinik der Universität München eine stationäre Untersuchung durchgeführt worden war, wurden in der Zeit von Mai bis Oktober 1983 nachuntersucht. Die meisten Patienten (34,2 %) waren im Jahr 1981, also zwei Jahre vor der hier durchgeführten Untersuchung, in der Dermatologischen Klinik behandelt worden. Bei 20 von 111 (18,0 %) Patienten betrug die Nachbeobachtungszeit 4 Jahre, bei 31 von 111 (27,9 %) betrug sie 3 Jahre, bei 38 (34,2 %) zwei Jahre und bei 22 (19,8 %) Patienten ein Jahr (Abb. 4).

Abb. 4: Verteilung der Patienten (n = 111) auf das Jahr der stationären Erstuntersuchung in der Dermatologischen Klinik



1.3. Alter und Geschlecht

Von 111 Patienten waren 70 (63,1 %) weiblich, 41 (36,9 %) männlich, die Geschlechtsverteilung ist weiblich/männlich = 2,1 : 1,2. Die Geschlechtsverteilung der Patienten entsprechend ihrem klinischen Zustandsbild bei der Nachuntersuchung zeigt Tabelle 1.

Tab. 1: Geschlechtsverteilung der Patienten (n = 111) bezogen auf den Gesundheitszustand (Gruppe 1 - 5) bei der Nachuntersuchung

Zustand (Gruppe)	männlich	%	weiblich	%
andauernd (1)	12	(29,3)	21	(30,0)
deutl. gebessert (2)	5	(12,2)	10	(14,3)
gebessert (3)	16	(39,0)	28	(40,0)
unverändert (4)	7	(17,1)	10	(14,3)
verschlechtert (5)	1	(2,4)	1	(1,4)
Gesamt	41	(100)	70	(100)

Es zeigt sich, daß hinsichtlich des klinischen Zustandsbildes bei der Nachuntersuchung kein Geschlechtsunterschied besteht. Bei den Frauen betrug das Durchschnittsalter $45,0 \pm 17,5$ Jahre, die Altersspannbreite reichte von 5 - 79 Jahren.

Bei den Männern war das Durchschnittsalter $44,8 \pm 15,1$ Jahre, die Altersspannbreite reichte von 14 - 75 Jahre.

Das Durchschnittsalter des untersuchten Kollektivs von 111 Patienten betrug $44,9 \pm 16,5$ Jahre, die Spannbreite betrug minimal 5 Jahre, maximal 79 Jahre, das 90 %-Quantil lag zwischen 20 - 72 Jahren.

Die Abbildungen 5 - 7 zeigen die Altersverteilung des Gesamtkollektivs (5), der Frauen (6) und der Männer (7).

Abb. 5: Gesamtaltersverteilung von 111 Patienten mit chronischer Urticaria bei der Nachuntersuchung

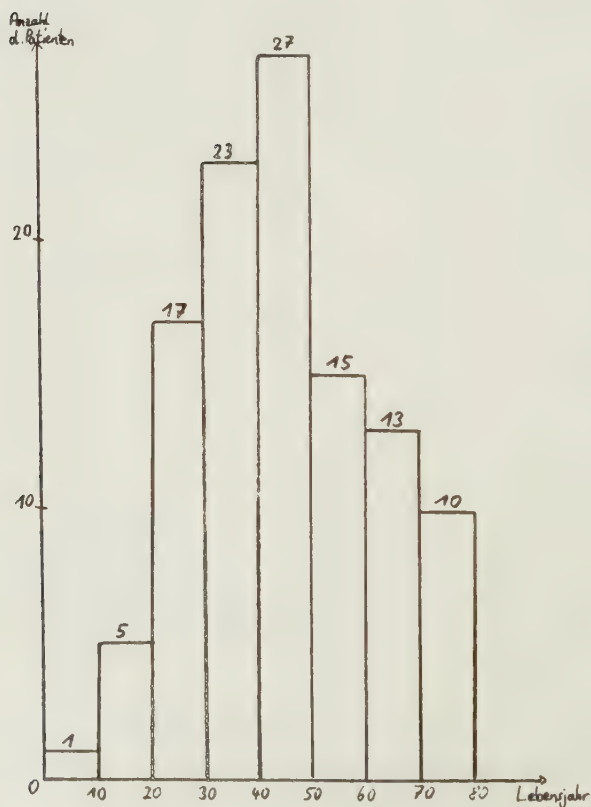


Abb. 6: Altersverteilung der weiblichen Patienten (n = 70) mit chronischer Urticaria bei der Nachuntersuchung

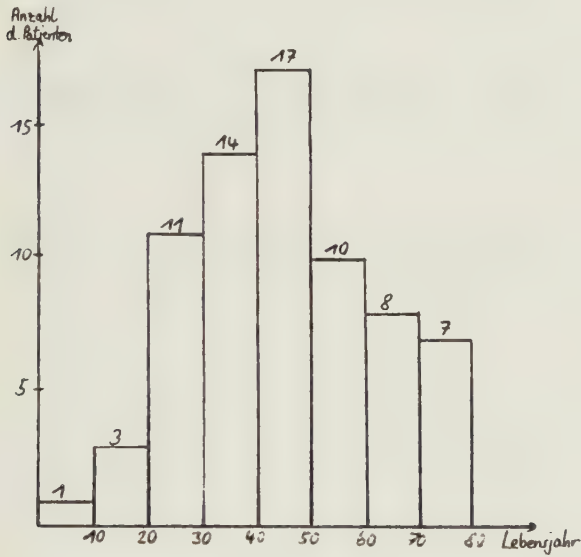
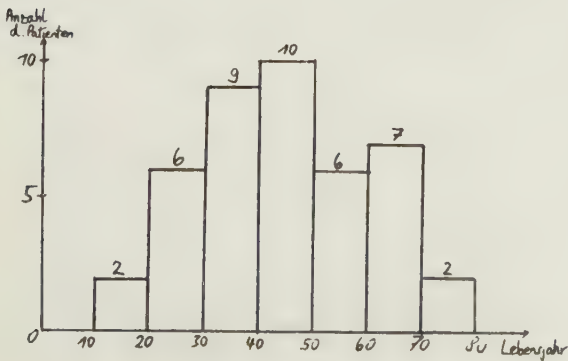


Abb. 7: Altersverteilung der männlichen Patienten (n = 41) mit chronischer Urticaria bei der Nachuntersuchung



Aus den Abbildungen zur Altersverteilung ist ersichtlich, daß die meisten Patienten des untersuchten Kollektivs, sowohl männlichen als auch weiblichen Geschlechts, zwischen 30 und 50 Jahren alt waren.

Die Abbildungen 8 - 12 und die Tabelle 2 zeigen die Altersverteilung der Patienten des untersuchten Kollektivs entsprechend ihrem klinischen Zustandsbild bei der Nachuntersuchung.

Abb. 8: Altersverteilung der Patienten ($n = 33$), die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung andauernd erscheinungsfrei (Gruppe 1) waren

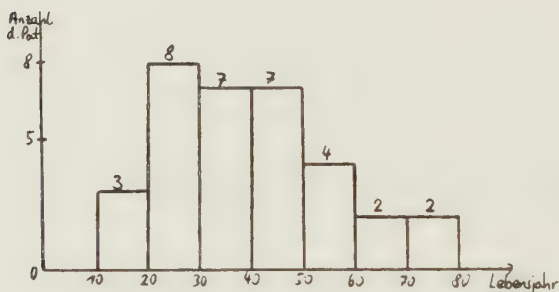


Abb. 9: Altersverteilung der Patienten ($n = 15$), die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung deutlich gebessert (Gruppe 2) waren

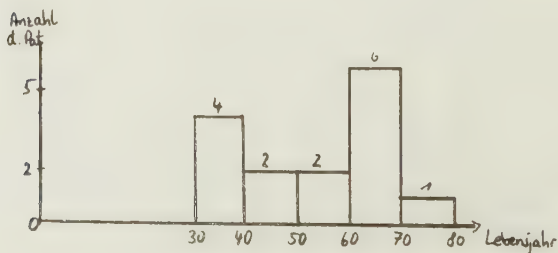


Abb. 10: Altersverteilung der Patienten ($n = 44$), deren klinischer Zustand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung gebessert (Gruppe 3) war

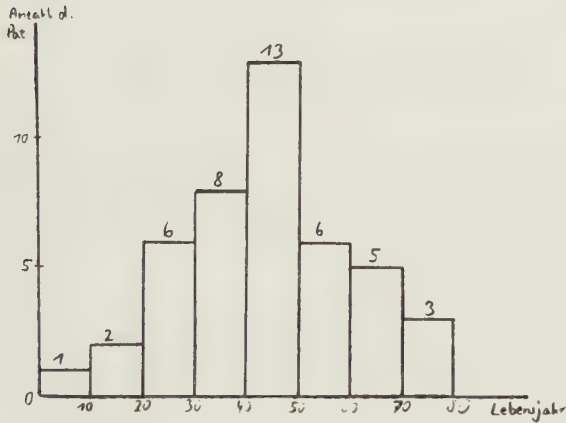


Abb. 11: Altersverteilung der Patienten ($n = 17$), deren klinischer Zustand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung unverändert (Gruppe 4) war

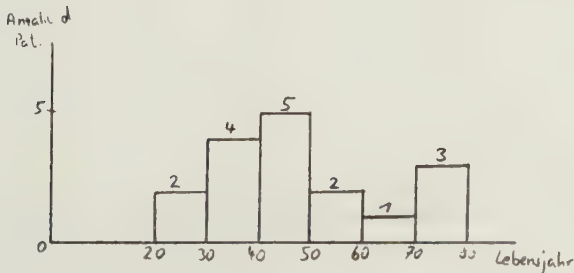
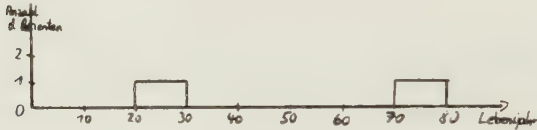


Abb. 12: Altersverteilung der Patienten (n = 2), deren klinischer Zustand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung verschlechtert (Gruppe 5) war



Tab. 2: Altersverteilung der Patienten (n = 111) bezogen auf die Patientengruppen mit unterschiedlichem klinischen Zustandsbild zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Zustand (Gruppe)	Mittelwert	Max.	Min.	Anzahl der Patienten
andauernd (1)	39,1 $\pm$ 15,5	79	14	33
deutlich gebessert (2)	51,5 $\pm$ 12,9	72	33	15
gebessert (3)	44,8 $\pm$ 16,6	75	5	44
unverändert (4)	48,0 $\pm$ 15,3	74	27	17
verschlechtert (5)	48,5 $\pm$ 37,5	75	22	2
Gesamt	44,6 $\pm$ 16,2	79	5	111

Faßt man Abb. 8 - 12 und Tab. 2 zusammen, so sieht man, daß diejenigen Patienten, die bei der Nachuntersuchung andauernd erscheinungsfrei (Gruppe 1) waren, mit durchschnittlich 39,1 Jahren jünger sind als die Patienten,

deren klinisches Bild deutlich gebessert (Gruppe 2), gebessert (Gruppe 3), unverändert (Gruppe 4) oder verschlechtert (Gruppe 5) war. Es fällt auf, daß das Durchschnittsalter der Patienten der Gruppe 3 (gebessert) sowohl in Abb. 10 als auch in Tab. 2 im Durchschnittswert exakt dem Durchschnittsalter des Gesamtkollektivs entspricht.

1.4. Erkrankungsdauer

Es wird zwischen der Dauer der Erkrankung und der Gesamterkrankungsdauer der chronischen Urticaria unterschieden. Die Dauer der Erkrankung in Monaten hatte den Zeitraum vom ersten Auftreten der Urticaria bis zum Zeitpunkt der stationären Erstuntersuchung in der Dermatologischen Klinik der Universität München umfaßt. Die Gesamterkrankungsdauer hingegen erstreckte sich über den Zeitraum vom Beginn der Urticaria bis zum Zeitpunkt der Änderung des Beschwerdebildes nach dem stationären Erstaufenthalt, wobei eine Änderung des Beschwerdebildes eine Abheilung (Gruppe 1), deutliche Besserung (Gruppe 2) oder eine Besserung (Gruppe 3) bedeutete. War der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung unverändert (Gruppe 4) im Vergleich zum Zeitpunkt des stationären Erstaufenthalts, so wurde der Monat der Nachuntersuchung als Bezugsmonat gerechnet. Die beiden Patienten (1,8 %), die ihren Zustand gegenüber dem stationären Erstaufenthalt als verschlechtert (Gruppe 5) angaben, wurden aufgrund der geringen Fallzahl ($n = 2$) nicht vergleichend gewertet.

Die folgende Verteilung (Tab. 3) konnte für die Dauer der Erkrankung in Monaten bezogen auf den Gesundheitszustand ermittelt werden.

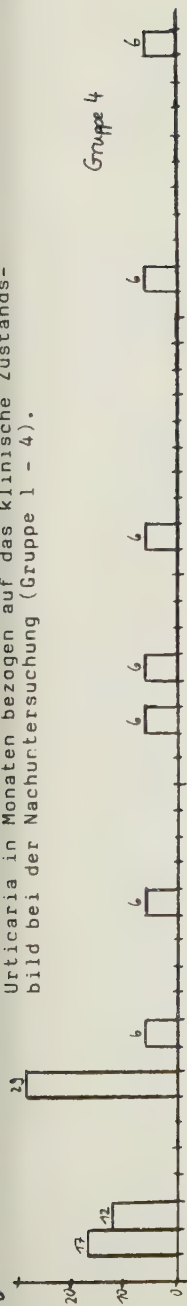
Tab. 3: Dauer der chronischen Urticaria in Monaten vom Beginn der Erkrankung bis zum stationären Erstaufenthalt bezogen auf das klinische Bild bei der Nachuntersuchung (n = 111)

Zustand (Gruppe)	Mittelwert	Max.	Min.	Anzahl der Patienten
andauernd (1)	14,7 $\pm$ 26,4	108	4	33
deutlich gebessert (2)	27,9 $\pm$ 35,6	108	4	15
gebessert (3)	47,7 $\pm$ 49,6	228	4	44
unverändert (4)	67,7 $\pm$ 69,7	240	6	17
verschlechtert (5)	15,0 $\pm$ 12,7	24	6	2
Gesamt	37,7 $\pm$ 48,9	240	4	111

Es fällt auf, daß die Mittelwerte der Erkrankungsdauer der chronischen Urticaria mit zunehmender Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei der Nachuntersuchung ansteigen. Die folgende Abbildung zeigt die prozentuale Verteilung der Erkrankungsdauer der chronischen Urticaria in Monaten für den entsprechenden Gesundheitszustand (Gruppe).

Urticaria in Monaten bezogen auf das klinische Zustands-
bild bei der Nachuntersuchung (Gruppe 1 - 4).

Gruppe 4



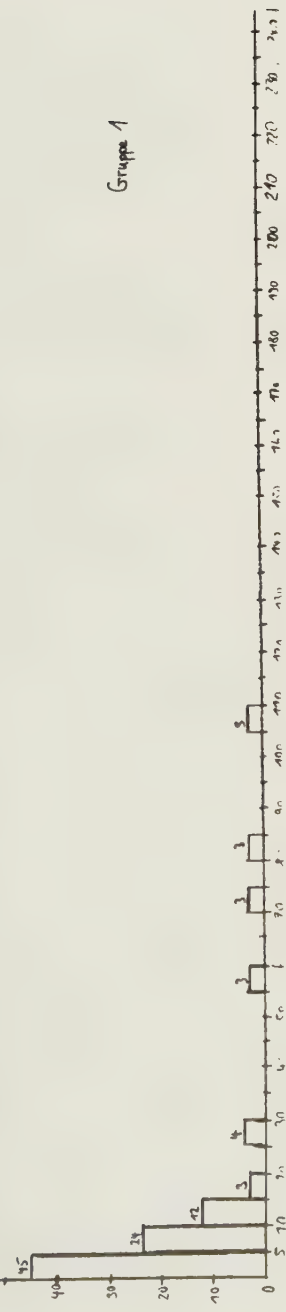
Gruppe 3



Gruppe 2



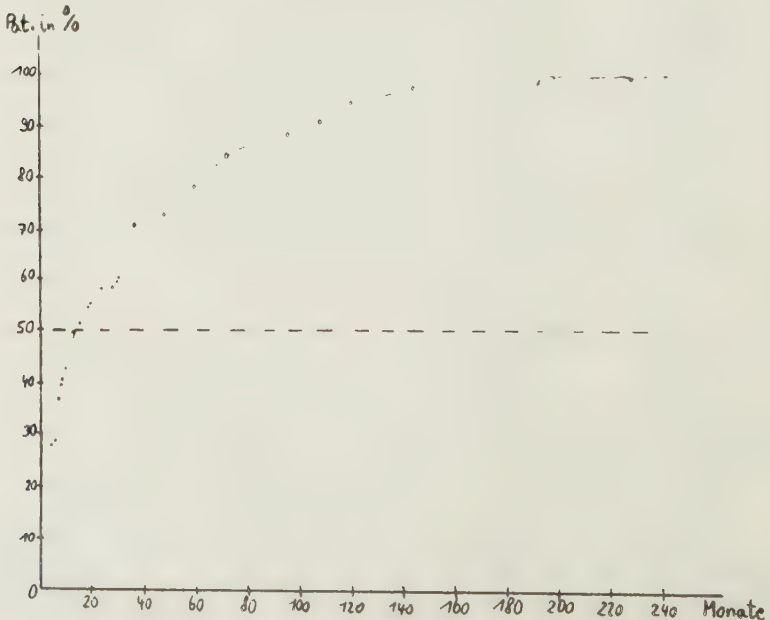
Gruppe 1



Vergleicht man nun die Mittelwerte der Erkrankungsdauer in Monaten (Tab. 3) mit Abb. 13, so zeigt sich eine weit gestreute Verteilung. Es ergibt sich somit keine Korrelation zwischen der Erkrankungsdauer der chronischen Urticaria und dem Gesundheitszustand bei der Nachuntersuchung.

50 % der untersuchten Patienten waren zum Zeitpunkt des Auftretens der chronischen Urticaria bis zum stationären Erstaufenthalt bereits seit 12 Monaten erkrankt. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug $37,7 \pm 48,9$ Monate, bei einer Spannbreite von 4 - 240 Monaten. Aus der folgenden Abb. 14 wird ersichtlich, wieviel Prozent der Patienten eine entsprechend lange Erkrankungsdauer aufweisen.

Abb. 14: Prozentuale Erkrankungsdauer der Patienten (n = 111) mit chronischer Urticaria in Monaten vom Beginn der Erkrankung bis zum ersten stationären Aufenthalt in der Dermatologischen Klinik



Gesamterkrankungsdauer

Die Gesamterkrankungsdauer, d. h. die Zeit vom Beginn der chronischen Urticaria bis zum Zeitpunkt der Änderung des Zustandsbildes in Monaten nach dem stationären Erstaufenthalt betrug für alle 111 Patienten durchschnittlich $56,0 \pm 53,7$ Monate, wobei 50 % der Patienten bereits seit 36 Monaten erkrankt gewesen waren.

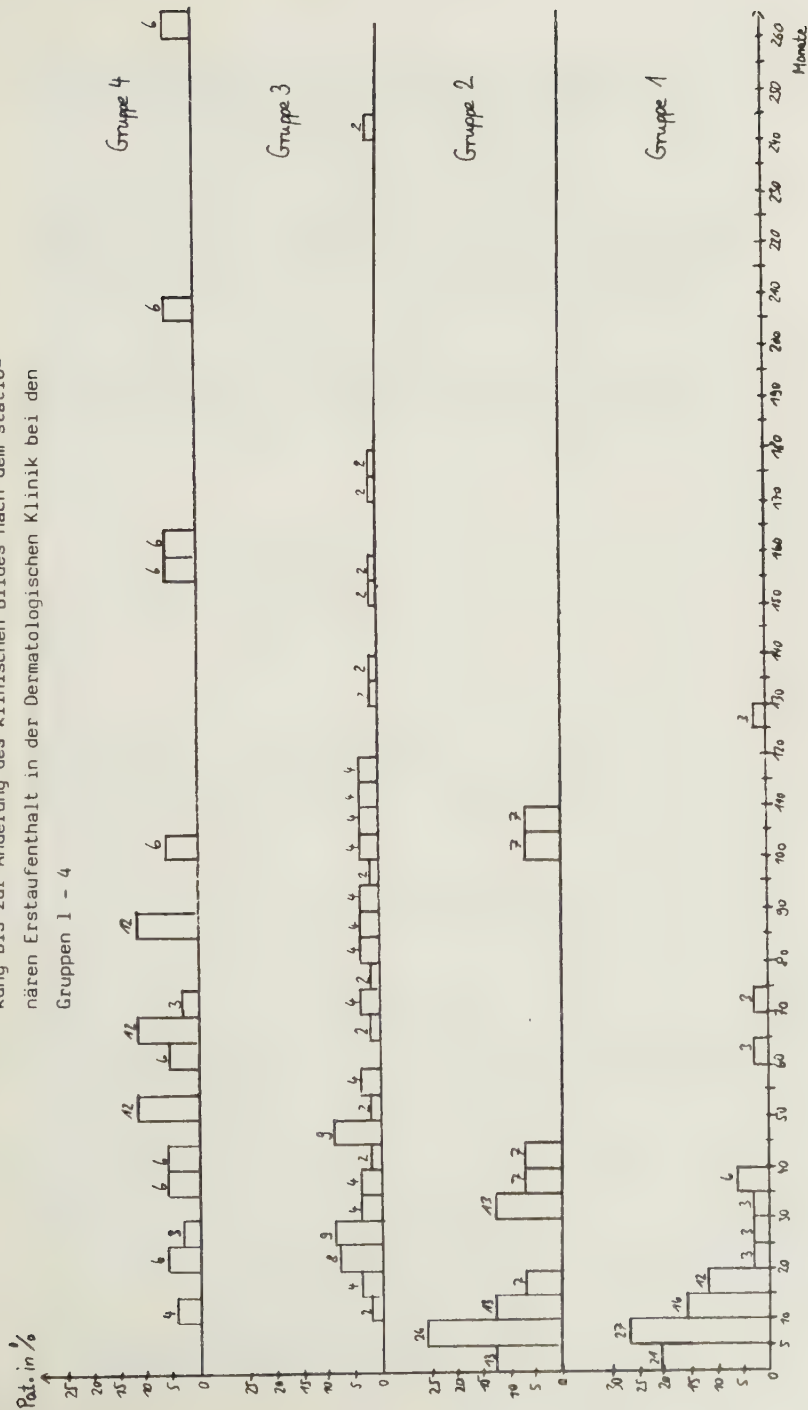
Die Verteilung der Gesamterkrankungsdauer entsprechend dem jeweiligen klinischen Zustandsbild bei der Nachuntersuchung zeigt Tab. 4.

Tab. 4: Gesamterkrankungsdauer der Patienten mit chronischer Urticaria (n = 111) in Monaten vom Beginn der Erkrankung bis zur Änderung der Beschwerdesymptomatik nach der stationären Erstuntersuchung bezogen auf den Gesundheitszustand (Gruppen) bei der Nachuntersuchung

Zustand (Gruppe)	Mittelwert	Max.	Min.	Anzahl der Patienten
andauernd (1)	$21,6 \pm 27,5$	126	6	33
deutlich gebessert (2)	$38,6 \pm 36,4$	109	6	15
gebessert (3)	$73,4 \pm 49,9$	240	11	44
unverändert (4)	$97,5 \pm 70,0$	273	22	17
verschlechtert (5)	$19,5 \pm 19,1$	33	6	2
Gesamt	$56,0 \pm 53,7$	273	6	111

Auch hier, wie schon bei der Erkrankungsdauer (Tab. 3), fällt auf, daß die Mittelwerte in Monaten entsprechend dem jeweiligen Gesundheitszustand (Gruppe) stetig an Größe zunehmen. Aus der folgenden Abb. 15 wird ersichtlich, wieviel Prozent der Patienten eine entsprechend lange Gesamterkrankungsdauer aufweisen.

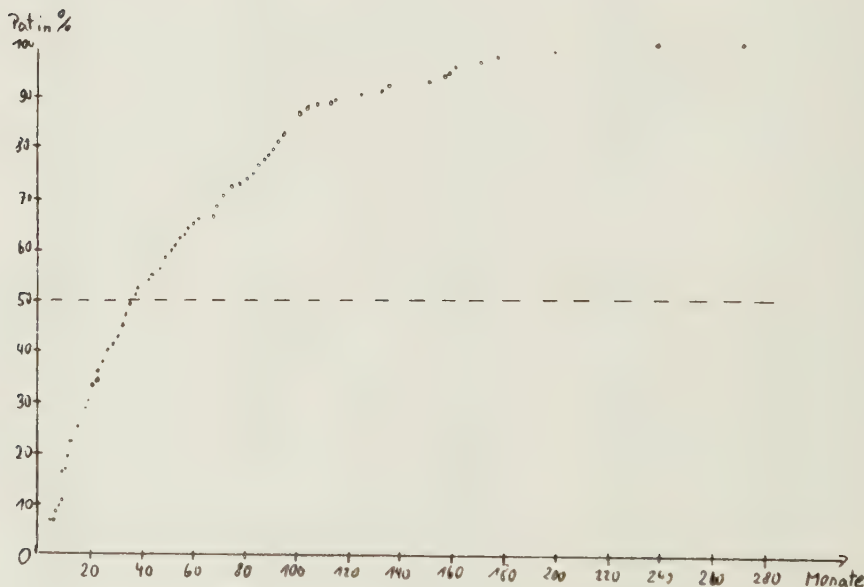
mit chronischer Urticaria in Monaten vom Beginn der Erkrankung bis zur Änderung des klinischen Bildes nach dem stationären Erstaufenthalt in der Dermatologischen Klinik bei den Gruppen 1 - 4



Man sieht auch hier aufgrund der großen Streuung, daß keine Korrelation zwischen der Gesamterkrankungsdauer und dem Gesundheitszustand besteht.

Die folgende Abb. 16 zeigt die prozentuale Gesamterkrankungsdauer der chronischen Urticaria in Monaten bei 111 Patienten entsprechend ihrem klinischen Zustandsbild (Gruppe) bei der Nachuntersuchung.

Abb. 16: Prozentuale Gesamterkrankungsdauer bei Patienten (n = 111) mit chronischer Urticaria in Monaten



Zeit in Monaten bis zur Veränderung des Gesundheits-
zustandes nach der Entlassung aus der Klinik

33 von 111 Patienten (29,7 %) waren bei der Nachuntersuchung völlig erscheinungsfrei und litten nicht mehr an Rezidiven. 13 von diesen 33 (39,4 %) gaben an, seit der Klinikentlassung keine weiteren Rezidive mehr erlitten zu haben und seitdem erscheinungsfrei geblieben zu sein. In den ersten 6 Monaten nach dem stationären Aufenthalt heilte die Urticaria bei weiteren 6 von 33 (18,2 %) ab, bis zum Ende des ersten Jahres bei weiteren 5 von 33 (15,2 %) Patienten. Innerhalb des ersten Jahres wurden somit 24 von 111 (21,6 %) Patienten völlig erscheinungsfrei.

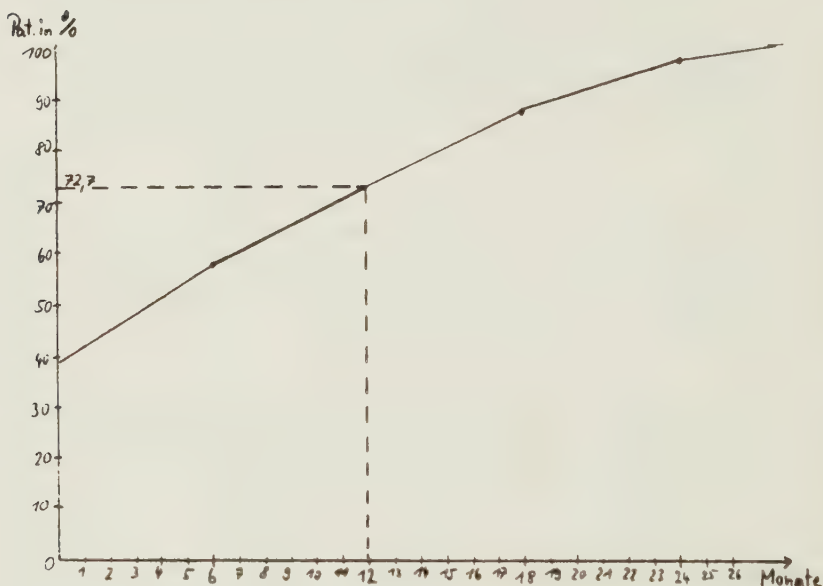
Im zweiten Jahr nach der stationären Abklärung heilte die Urticaria bei weiteren 8 von 33 Patienten (24,2 %) ab. Nur bei einem Patienten benötigte die Urticaria länger als zwei Jahre zur Abheilung.

Tab. 5: Zeit in Monaten bis zum Eintritt der Erscheinungsfreiheit nach der Entlassung aus der Dermatologischen Klinik bei Patienten (n = 33), die bei der Nachuntersuchung andauernd erscheinungsfrei waren

Zeitpunkt der Erscheinungsfreiheit	Anzahl der Patienten	Prozent
Bei Entlassung	13	39,4
nach 0 - 6 Monaten	6	18,2
nach 6 - 12 Monaten	5	15,1
nach 12 - 18 Monaten	5	15,1
nach 18 - 24 Monaten	3	9,1
nach als 24 Monaten	1	3,1
Gesamt	33	100

Die Abb. 17 zeigt die Abheilungsrate in Monaten bei den Patienten ($n = 33$), die bei der Nachuntersuchung andauernd erscheinungsfrei waren.

Abb. 17: Eintritt der Erscheinungsfreiheit in Monaten nach der Klinikentlassung bei 33 von 111 Patienten (29,7 %), die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung völlig erscheinungsfrei waren



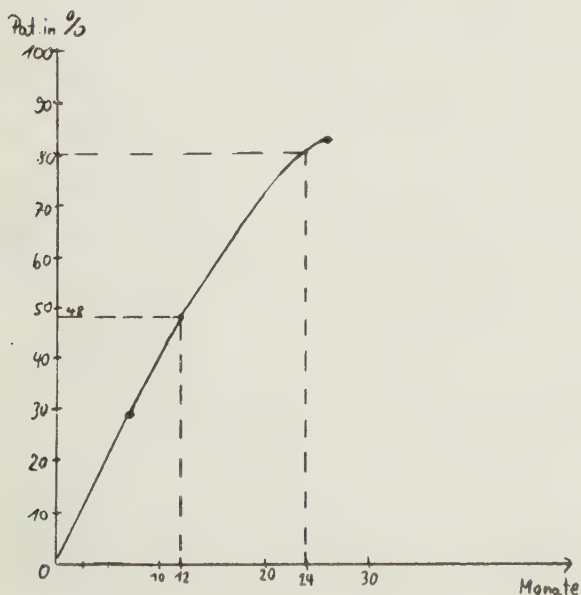
Bei den 33 von 111 (29,7 %) Patienten, die bei der Nachuntersuchung völlig erscheinungsfrei waren, trat eine Änderung ihres Gesundheitszustandes durchschnittlich $6,9 \pm 8,3$ Monate nach der Entlassung aus der Klinik ein. Bei den 15 von 111 (13,5 %) Patienten, deren Zustand als deutlich gebessert (Gruppe 2) beschrieben wurde, trat die Änderung nach durchschnittlich $10,7 \pm 13,5$ Monaten ein.

Bei den 44 von 111 (39,6 %) Patienten, deren Zustand sich bis zur Nachuntersuchung im Vergleich zum Gesundheitszustand während des stationären Aufenthalts gebessert (Gruppe 3) hatte, trat die Besserung nach durchschnittlich $25,8 \pm 10,8$ Monaten nach Entlassung ein.

Tab. 6: Zeit in Monaten bis zu einer Änderung des Gesundheitszustandes in den Patientengruppen (Gruppe 1 - 3)

Zustand (Gruppe)	Mittelwert	Max.	Min.	Anzahl der Patienten
andauernd (1)	$6,9 \pm 8,3$	26	0	33
deutlich gebessert (2)	$10,7 \pm 13,5$	39	0	15
gebessert (3)	$25,8 \pm 10,8$	50	2	44

Abb. 18: Eintritt der Erscheinungsfreiheit (Gruppe 1), deutlichen Besserung (Gruppe 2) oder Besserung (Gruppe 3) des Gesundheitszustandes bei 92 von 111 (82,9 %) Patienten in Monaten nach der Klinikentlassung



Man ersieht aus der Abb. 18, daß nach 12 Monaten 48 % der Patienten erscheinungsfrei, deutlich gebessert oder gebessert waren, nach 2 Jahren 80 %.

Bei den Patienten ($n = 17$), deren klinisches Zustandsbild bei der Nachuntersuchung im Vergleich zum Gesundheitszustand während des stationären Erstaufenthalts unverändert (Gruppe 4) war, trat keine Änderung des Zustands ein. Die Patienten ($n = 2$), deren Zustand sich verschlechtert hatte (Gruppe 5), konnten keine zeitlichen Angaben machen.

1.5. Intensität der Urticaria in Abhängigkeit von der Tageszeit

40 von 111 (36,0 %) Patienten gaben an, an einem Tag im letzten Monat vor der Nachuntersuchung an einem Urticaria-Rezidiv gelitten zu haben. Die Patienten sollten die Intensität des urticariellen Schubes an dem für sie schlimmsten Tag beschreiben. Aufgeschlüsselt nach Tageszeiten ergibt sich folgendes Bild (Tab. 7).

Tab. 7: Patienten (n = 40) mit urticariellen Hautveränderungen in Abhängigkeit von der Tageszeit

Uhrzeit	Anzahl der Urticae (U)				
	erschei- nungsfrei	1 - 10 U	11 - 50 U	51 - ∞	Pat. mit U. insges.
6.00	11 (27,5 %)	8 (20,0 %)	11 (27,5 %)	10 (25,0 %)	29 (72,5 %)
12.00	20 (50,0 %)	10 (25,0 %)	5 (12,5 %)	5 (12,5 %)	20 (50,0 %)
18.00	18 (45,0 %)	7 (17,5 %)	10 (25,0 %)	5 (12,5 %)	22 (55,0 %)
24.00	20 (50,0 %)	5 (12,5 %)	7 (17,5 %)	8 (20,0 %)	20 (50,0 %)

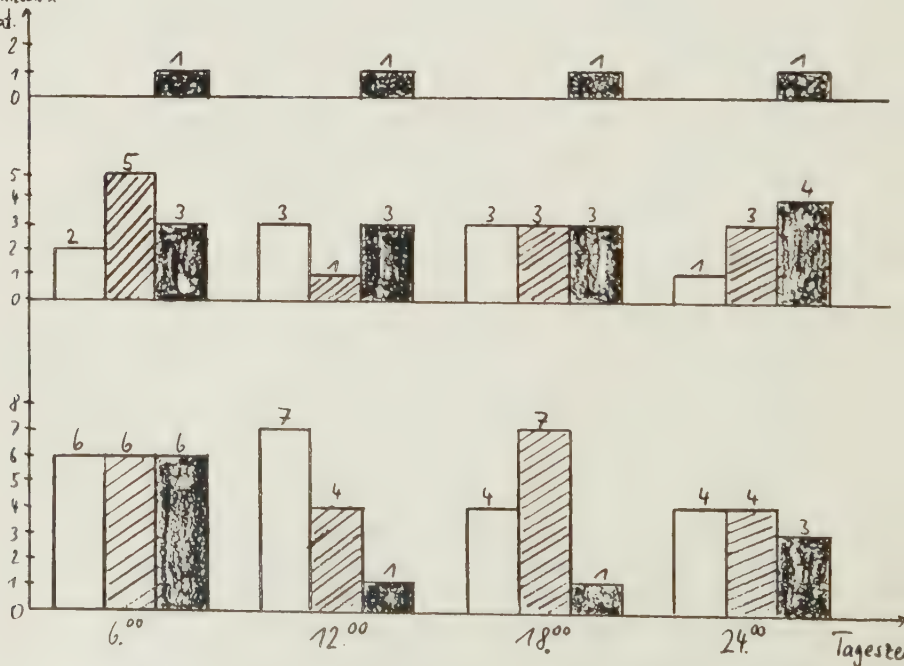
Aus der Tab. 7 ist ersichtlich, daß die meisten Patienten (72,5 %) in den Morgenstunden die juckenden Hautveränderungen wahrnahmen, wogegen im übrigen Tagesverlauf der Prozentsatz niedriger war. Hinsichtlich der Intensität der Urticaria läßt sich feststellen - legt man die Anzahl der Urticae zugrunde -, daß diese ebenfalls in den Morgenstunden am stärksten ist, im Tagesverlauf wieder abnimmt, nachts jedoch wieder zunimmt.

Die Patienten, die bei der Nachuntersuchung erscheinungs-
frei (Gruppe 1) und deutlich gebessert (Gruppe 2) waren,
gaben an, keinen urticariellen Schub im letzten Monat
vor der Nachuntersuchung erlitten zu haben. Die Inten-
sität der Urticaria in Abhängigkeit von der Tageszeit
zeigt die nachfolgende Abb. 19.

Abb. 19: Tageszeitliches Auftreten und Intensität der
chronischen Urticaria bei Patienten (n = 40) der Gruppe
3 (gebessert), Gruppe 4 (unverändert) und Gruppe 5 (ver-
schlechtert)

□ = 1 - 10 Urticae; ▨ = 11 - 50 Urticae; ■ = 51 - ∞
Urticae

Anzahl
Pat.



Es zeigten sich bei der Gruppe 4 (unveränderter Zustand bei der Nachuntersuchung) weniger tageszeitliche Schwankungen als bei der Gruppe 3 (gebessert). Bei der Gruppe 5 (verschlechtert) persistierten die Urticae den ganzen Tag mit unvermindert starker Intensität.

2. Assoziierte Erkrankungen

2.1. Bekannte Erkrankungen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung

Vor dem ersten stationären Aufenthalt waren bei 49 von 111 (44,1 %) Patienten neben der chronischen Urticaria weitere chronische Erkrankungen bekannt gewesen.

Im einzelnen fanden sich bei den Herz- und Kreislauf-erkrankungen die Herzinsuffizienz, die koronare Herz-erkrankung, die Hypertonie und die Vaskulitis, bei Erkrankungen des Respirationstrakts die chronische Atemwegsobstruktion, Bronchitis und allergisches Asthma bronchiale, bei den Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts die chronische Gastritis, die Magenausgangstenose, Magen- und Duodenalulcera, Meteorismus, Cholezystitis und Cholelithiasis, bei Erkrankungen des Urogenitaltrakts die Prostatitis, die chronisch-rezidivierende Zystitis, die Nephritis und das Prostataadenom, bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates die Lumboischalgie und die Arthrose. Bei den endokrinologischen Erkrankungen fand sich eine Struma diffusa (euthyreot). An Erkrankungen im HNO-Bereich fanden sich chronische Tonsillitiden. Psychische Erkrankungen in Form von endogener Depression waren ebenfalls bekannt.

Die folgende Tabelle 8 gibt eine Übersicht über die Häufigkeit der Erkrankungen, die bei den Patienten bereits vor der stationären Erstuntersuchung bekannt gewesen waren.

Tab. 8: Häufigkeit von vor der ersten stationären Diagnostik bereits bekannten Erkrankungen (n = 49) bei Patienten mit chronischer Urticaria

Art der Erkrankung	Anzahl der Patienten	Prozent
Erkrankung des Herz-Kreislauf-systems	9	18,4
Erkrankung des Respirationstrakts	8	16,3
Erkrankung des Gastrointestinal-trakts	9	18,4
Erkrankung des Urogenitaltrakts	5	10,2
Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparats	7	14,3
Endokrinologische Erkrankung	1	2,0
Erkrankung im HNO-Bereich	4	8,2
Psychische Erkrankung	6	12,2
Gesamt	49	100

2.2. Neu aufgetretene Erkrankungen seit Entlassung aus der Dermatologischen Klinik

Seit der Entlassung aus der stationären Erstuntersuchung in der Dermatologischen Klinik klagten 23 von 111 (18,9 %) Patienten über neu aufgetretene Beschwerdebilder.

An Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts traten neu Gastritiden, Duodenalulcera und eine Proktokolitis auf. Im Urogenitaltrakt wurden chronische Prostatitiden diagnostiziert. Degenerative Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates in Form von Lumboischalgien traten hinzu. Als endokrinologische Erkrankung trat Diabetes mellitus auf. Neu entdeckt wurde ein Mamma-Karzinom.

Eine Übersicht über die Häufigkeit von neu aufgetretenen Erkrankungen zeigt die nächste Tabelle 9.

Tab. 9: Häufigkeit von neu aufgetretenen Erkrankungen seit der Entlassung aus der stationären Erstuntersuchung (n = 23)

Art der Erkrankung	Anzahl der Patienten	Prozent
Erkrankung des Gastrointestinalen Systems	13	56,5
Erkrankung des Urogenitalsystems	2	8,7
Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparats	3	13,1
Endokrinologische Erkrankung	4	17,4
Neoplastische Erkrankung	1	4,3
Gesamt	23	100

3. Herdgeschehen und Fokus-Sanierung

3.1. Fokus-Suche bei der Erstuntersuchung

Im Rahmen des stationären Aufenthalts war bei allen Patienten eine intensive Fokus-Suche durchgeführt worden. Dabei hatten sich bei 60 von 111 (54,0 %) Patienten verdächtige Herde ergeben. Allen Patienten war bei der Entlassung empfohlen worden, diese Foci sanieren zu lassen. 32 von diesen 60 (53,0 %) Patienten ließen insgesamt 35 von 74 (47,3 %) festgestellten Foci sanieren, die anderen 28 (47,0 %) Patienten ließen den in der Klinik festgestellten Fokus nicht sanieren. 13 von diesen 32 (40,6 %) Patienten ließen seit der Entlassung aus der Klinik eine operative Sanierung des verdächtigen Herdes oder eine Zahnsanierung durchführen. Bei 22 von 32 (68,7 %) Patienten erfolgte eine antibiotische Darmsanierung. Bei 3 von 32 (9,3 %) Patienten erfolgte in der Klinik eine Darmsanierung sowie nach Entlassung eine Zahnsanierung.

Unter einer Besserung des Beschwerdebildes der chronischen Urticaria verstanden wir eine völlige Abheilung, eine Abnahme der Intensität sowie eine Verminderung der Rezidiv-Häufigkeit.

3.1.1. Fokus-Sanierung im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Bei 19 von 111 (17,1 %) Patienten war während der stationären Abklärung ein suspekter Fokal-Infekt gefunden worden. Es handelte sich dabei um Zahngranulome oder chronische Peridontitiden. 11 von 19 (57,0 %) Patienten ließen eine Zahnsanierung durchführen, bei 8 von 19 (43,0 %) Patienten wurde der Fokus nicht saniert. Dabei zeigte sich bei 3 von 11 (27,3 %) Patienten eine Besserung der chronischen Urticaria, bei den anderen 8 (72,7 %) Patienten blieb die Urticaria trotz Sanierung des Zahnherdes unverändert.

Die Tab. 10 zeigt die Verteilung der Patienten mit verdächtigen Zahnherden bei der stationären Erstuntersuchung entsprechend ihrem klinischen Zustandsbild (Gruppen) bei der Nachuntersuchung. Zugleich sind die Effekte der durchgeführten Zahnherdsanierung ersichtlich.

Tab. 10: Verteilung der Patienten (n = 19) mit verdächtigen Zahnherden und die Effekte der Fokus-Sanierung bezogen auf den klinischen Zustand bei der Nachuntersuchung

Zustand (Gruppe)	gesamt	nicht sanieret	sanieret	Besserung nach Sanierung	unverän- dert nach Sanierung
andauernd (1)	4 (21,1 %)	4 (21,1 %)	-	-	-
deutlich gebes- sert (2)	5 (26,3 %)	3 (15,8 %)	2 (10,5 %)	2 (10,5 %)	-
gebessert (3)	5 (26,3 %)	1 (5,3 %)	4 (21,0 %)	-	4 (21,1 %)
unverändert (4)	4 (21,0 %)	-	4 (21,0 %)	1 (5,3 %)	3 (15,8 %)
verschlechtert (5)	1 (5,3 %)	-	1 (5,3 %)	-	1 (5,3 %)
Gesamt	19 (100 %)	8 (42,1 %)	11 (57,9 %)	3 (15,8 %)	8 (42,1 %)

Es zeigt sich, daß nach Sanierung von verdächtigen Zahnherden in 27,3 % der Fälle eine Besserung der Beschwerdesymptomatik eingetreten ist. In 72,2 % der Fälle blieb die Intensität der chronischen Urticaria nach Sanierung von Zahnherden unverändert.

3.1.2. Fokus-Sanierung im Bereich der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)

Bei verdächtigen Fokal-Infekten im HNO-Bereich handelte es sich um chronische Tonsillitiden und Sinusitiden. Es wurde in allen Fällen nur nach operativer Sanierung gefragt, da bei vielen Patienten bereits mehrfach antibiotische Behandlungen durchgeführt worden waren. Andere Patienten wußten nicht, ob sie antibiotisch behandelt worden waren.

Chronische Tonsillitis: Von 12 festgestellten chronischen Tonsillitiden wurden in 2 Fällen eine Tonsillektomie durchgeführt, 10 Foci blieben unbehandelt. Dabei blieb der Zustand der beiden Patienten mit saniertem Fokus in beiden Fällen unverändert. Die Tabelle 11 zeigt die Verteilung der Patienten mit verdächtigem Tonsillenfokus entsprechend dem klinischen Zustandsbild bei der Nachuntersuchung.

Tab. 11: Verteilung der Patienten (n = 12) mit chronischer Tonsillitis entsprechend ihrem klinischen Zustandsbild (Gruppe) bei der Nachuntersuchung und den Effekt der Fokus-Sanierung

Zustand (Gruppe)	gesamt	nicht sanier	sanier	Besserung nach Sanierung	unverändert nach Sanierung
andauernd (1)	6 (50,0 %)	5 (41,7 %)	1 (8,3 %)	-	1 (8,3 %)
deutlich gebessert (2)	-	-	-	-	-
gebessert (3)	3 (25,0 %)	3 (25,0 %)	-	-	-
unverändert (4)	2 (16,7 %)	1 (8,3 %)	1 (8,3 %)	-	1 (8,3 %)
verschlechtert (5)	1 (8,3 %)	1 (8,3 %)	-	-	-
Gesamt	12 (100 %)	10 (83,3 %)	2 (16,7 %)	-	2 (16,7 %)

Sonstige Foci im HNO-Bereich: Andere Foci im HNO-Bereich, wie chronische Sinusitis maxillaris oder frontalis, Otitis media, ließen die Patienten nicht operativ sanieren. In 13 Fällen blieb der Fokus unbehandelt.

Die nachfolgende Tabelle 12 zeigt die Verteilung dieser Patienten entsprechend ihrem klinischen Zustandsbild bei der Nachuntersuchung.

Tab. 12: Verteilung sonstiger Foci (n = 13) im HNO-Bereich, die nicht saniert wurden, entsprechend dem klinischen Zustandsbild der Patienten bei der Nachuntersuchung

Zustand (Gruppe)	Gesamt	nicht saniert
andauernd (1)	1 (7,7 %)	1 (7,7 %)
deutlich gebessert (2)	5 (38,5 %)	5 (38,5 %)
gebessert (3)	5 (38,5 %)	5 (38,5 %)
unverändert (4)	2 (15,3 %)	2 (15,3 %)
verschlechtert (5)	-	-
Gesamt	13 (100 %)	13 (100 %)

3.1.3. Fokus-Sanierung im Bereich der Urologie

Bei 4 von 111 (3,6 %) Patienten war im Rahmen der Fokus-Suche eine behandlungsbedürftige Prostatahypertrophie mit chronisch-rezidivierenden Zystitiden festgestellt worden. Keiner dieser Patienten ließ bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung diesen Herd sanieren. Bei der Nachuntersuchung stellten sich diese Patienten mit folgendem Gesundheitszustand (Gruppe) vor: 2 Patienten waren völlig erscheinungsfrei (Gruppe 1), ein Patient deutlich gebessert (Gruppe 2) und ein Patient gebessert (Gruppe 3). Bei einem Patienten war bei der Fokus-Suche eine chronische Pyelonephritis (PN) festgestellt worden. Auch hier erfolgte keine operative Sanierung. Der Patient stellte sich bei der Nachuntersuchung andauernd erscheinungsfrei (Gruppe 1) vor.

Es wurde im Bereich der Urologie nur nach operativen Sanierungen gefragt. Über durchgeführte antibiotische Behandlungen lagen keine Zahlen vor.

3.1.4. Sonstige Fachgebiete:

Bei 2 Patienten wurde eine Divertikulose des Darmes als Fokus gewertet. Beiden Patienten wurde empfohlen, ballaststoffreiche Kost zu sich zu nehmen. Bei der Nachuntersuchung stellte sich ein Patient deutlich gebessert (Gruppe 2) und ein Patient gebessert (Gruppe 3) vor.

Bei einer Patientin war eine chronische Adnexitis festgestellt worden. Es erfolgte keine Sanierung. Bei der Nachuntersuchung gab die Patientin an, daß sich ihr Zustand gebessert hat (Gruppe 3).

Während des stationären Aufenthalts war bei 22 von 111 (19,8 %) Patienten eine intestinale Candidiasis festgestellt und behandelt worden.

Die Sanierung des Darmes erfolgte nach dem "Münchner Schema" (8):

- 1. - 5. Tag täglich 2,0 g Tetrazyklinhydrochlorid oder Oxytetracyklin,
- 1. - 5. Tag täglich Nystatin 4 x 2 Drg. oder Amphoteri-
cin B 3 x 1 Tbl.,
- 6. - 20. Tag Omniflora oder Perenterol,
- 1. - 6. Tag bei Bedarf, ab 6. Tag Tagesantihistaminika
3 x 1 Drg. 10 Minuten vor den Mahlzeiten.

Bei Entlassung und in der Folge fand keine mykologische Kontrolle mehr statt. Das klinische Zustandsbild dieser Patienten mit chronischer Urticaria bei der Nachuntersuchung zeigt die Tabelle 13.

Tab. 13: Patienten (n = 22) mit intestinaler Candidiasis und chronischer Urticaria bei der Erstuntersuchung und deren klinisches Zustandsbild bei der Nachuntersuchung

Gesamt	Zustand (Gruppe)				
	andauernd (1)	deutlich gebessert (2)	gebessert (3)	unver- ändert (4)	verschlech- tert (5)
22 (100 %)	6 (27,3 %)	4 (18,2 %)	8 (36,4 %)	4 (18,2 %)	-

Über die Effekte der durchgeführten Fokus-Sanierung seit Entlassung aus der Klinik gibt die nachfolgende Tabelle 14 einen Überblick.

Tab. 14: Effekte der durchgeführten Fokus-Sanierung (n = 52) seit Entlassung aus der stationären Erstuntersuchung bei Patienten mit chronischer Urticaria bei Foci, die im Rahmen des Fokus-Suchprogrammes entdeckt worden waren

Art des Fokus	gesamt	saniert	besser nach Sanierung	unverändert nach Sanierung	nicht saniert	Besserung ohne Sanierung	unverändert ohne Sanierung
Zahnfokus	19 (36,5 %)	11 (21,2 %)	3 (5,8 %)	8 (15,4 %)	8 (15,4 %)	8 (15,4 %)	—
Tonsillen - Fokus	12 (23,1 %)	2 (3,8 %)	—	2 (3,8 %)	10 (19,2 %)	8 (15,4 %)	2 (3,8 %)
sonstige HNO-Foci	13 (25,0 %)	—	—	—	13 (25,0 %)	11 (21,2 %)	2 (3,8 %)
Prostata- Fokus	4 (7,7 %)	—	—	—	4 (7,7 %)	4 (7,7 %)	—
chron. Pyelo- nephritis	1 (1,9 %)	—	—	—	1 (1,9 %)	1 (1,9 %)	—
Divertikulose	2 (3,8 %)	—	—	—	2 (3,8 %)	2 (3,8 %)	—
chron. Adnexitis	1 (1,9 %)	—	—	—	1 (1,9 %)	1 (1,9 %)	—
Gesamt	52 (100 %)	13 (25,0 %)	3 (5,8 %)	10 (19,2 %)	39 (75,0 %)	35 (67,3 %)	4 (7,7 %)

Es zeigt sich, daß von 52 in der Klinik bei der Erstuntersuchung festgestellten Foci nur 13 (25,0 %) seit der Entlassung saniert wurden, wobei die sanierten Zahnfoci mit 11 von 52 (21,2 %) den höchsten Stellenwert einnehmen. Eine Besserung nach Sanierung ergab sich somit nach Addition sämtlicher sanierter Foci in 3 von 13 (23,1 %) Fällen seit der Entlassung aus der Dermatologischen Klinik. Dabei wurde die Sanierung des Darmes bei Patienten mit intestinaler Candidiasis nicht mitgerechnet, da diese Sanierung bereits während des stationären Aufenthalts erfolgte. Im ²- Test ergab sich keine signifikante Besserung der chronischen Urticaria nach Fokus-Sanierung, obwohl sich in Einzelfällen positive Effekte andeuteten.

3.2. Zusätzliche Fokus-Sanierung

Seit Entlassung aus der stationären Erstdiagnostik wurden bei 46 von 111 (41,4 %) Patienten operative Behandlungen und/oder Zahnbehandlungen durchgeführt. Entweder wurde die operative Behandlung und/oder Zahnbehandlung im Rahmen der Fokus-Sanierung eines bekannten Fokus (s. 1.3.1.), wie es bei 13 Patienten mit 13 sanierten Foci der Fall war, oder aufgrund einer prophylaktischen Therapie durchgeführt. Insgesamt wurden 52 Foci saniert, wobei eine Besserung der chronischen Urticaria bei 11 von 46 (23,9 %) Patienten eintrat. Bei 35 von 46 (76,1 %) Patienten blieb der Zustand unverändert. Unter einer Besserung des Beschwerdebildes wurde eine Abnahme der Rezidivhäufigkeit und der Intensität der chronischen Urticaria bis hin zu einer völligen Erscheinungsfreiheit bei der Nachuntersuchung im Vergleich zum Beschwerdebild bei dem stationären Erstaufenthalt gewertet.

Zahnbehandlung: Bei insgesamt 35 von 111 (31,5 %) Patienten wurde seit der Entlassung aus der Klinik eine Zahnbehandlung durchgeführt. Bei 5 von 35 (14,3 %) Patienten

trat nach Sanierung eine Besserung des Zustands der chronischen Urticaria ein, bei 30 (85,7 %) Patienten blieb der Zustand unverändert. Die folgende Tabelle 15 zeigt das klinische Zustandsbild dieser Patienten (Gruppe) bei der Nachuntersuchung.

Tab. 15: Effekte der Zahnfokus-Sanierung bezogen auf den klinischen Zustand (Gruppe) der Patienten mit chronischer Urticaria bei der Nachuntersuchung

Sanierung	Zustand (Gruppe)					
	gesamt	andauernd (1)	deutlich gebessert (2)	gebessert (3)	unver- ändert (4)	verschlech- tert (5)
Gesamt	35	6 (17,1 %)	4 (11,4 %)	19 (54,2 %)	5 (14,3 %)	1 (2,8 %)
Besserung	5 (14,3 %)	—	2 (5,7 %)	3 (8,5 %)	—	—
unverändert	30 (85,7 %)	6 (17,1 %)	2 (5,7 %)	16 (45,7 %)	5 (15,3 %)	1 (2,8 %)

Tonsillektomie: Bei 3 von 111 (2,7 %) Patienten wurde eine Tonsillektomie durchgeführt. Dabei trat bei einem Patienten eine Besserung ein; bei der Nachuntersuchung war der Patient erscheinungsfrei (Gruppe 1). Bei 2 Patienten blieb der Zustand nach der Behandlung unverändert; bei der Nachuntersuchung zählten diese Patienten zur Gruppe 1 (erscheinungsfrei) und Gruppe 4 (unverändert).

Sinusitis maxillaris chronica: Bei einer Patientin führte die operative Sanierung zur Besserung des Beschwerdebildes. Bei der Nachuntersuchung war die Patientin andauernd erscheinungsfrei (Gruppe 1).

Cholezystektomie: Bei einem Patienten besserte sich der Zustand nach Cholezystektomie (bei der Nachuntersuchung Gruppe 3, gebessert). Bei einem anderen Patienten blieb der Zustand nach Cholezystektomie unverändert; bei der Nachuntersuchung zählte der Patient zur Gruppe 2 (deutlich gebessert).

Pankreas-Pseudozysten-Resektion: Bei einer Patientin der Gruppe 1 (erscheinungsfrei bei der Nachuntersuchung) besserte sich der Zustand nach oben genannter Operation.

Prostatektomie: Bei einem Patienten, der bei der Nachuntersuchung erscheinungsfrei (Gruppe 1) war, führte die wegen eines Prostataadenoms durchgeführte Prostatektomie zu einer Besserung der chronischen Urticaria. Bei 4 Patienten mit Prostatahypertrophie mit chronisch-rezidivierenden Zystitiden erfolgte keine operative Sanierung.

Hysterektomie: Bei 2 Patientinnen blieb der Zustand nach oben genannter Operation unverändert. Bei der Nachuntersuchung gaben beide Patientinnen ihren Zustand als gebessert (Gruppe 3) an.

Uterus-Currtage: Die Currtage eines Uteruspolypen führte zu keiner Besserung der chronischen Urticaria. Bei der Nachuntersuchung zählte die Patientin zur Gruppe 3 (gebessert).

Arthrose (Wirbelsäule): Sie erfolgte bei einem Patienten aufgrund einer Lumboischalgie ohne Einfluß auf die Intensität der chronischen Urticaria. Bei der Nachuntersuchung war der Patient erscheinungsfrei (Gruppe 1).

Die nachfolgende Tabelle 16 zeigt einen Überblick über die Effekte aller durchgeführten operativen Sanierungen und Zahnsanierungen in Bezug auf den klinischen Zustand der chronischen Urticaria bei der Nachuntersuchung.

Tab. 16: Effekte der durchgeführten Fokus-Sanierungen (n = 52) - Zahnsanierungen und/oder operative Behandlungen - bei Patienten mit chronischer Urticaria bezogen auf den Zustand der chronischen Urticaria bei der Nachuntersuchung

Zustand (Gruppe)	Sanierung	Besser nach Sanierung	Unverändert nach Sanierung
andauernd (1)	12 (23,1 %)	5 (9,6 %)	7 (13,5 %)
deutlich gebessert (2)	7 (13,5 %)	3 (5,8 %)	4 (7,7 %)
gebessert (3)	23 (44,2 %)	2 (3,8 %)	21 (40,4 %)
unverändert (4)	8 (15,4 %)	1 (1,9 %)	7 (13,5 %)
verschlechtert (5)	2 (3,8 %)	-	2 (3,8 %)
Gesamt	53 (100 %)	11 (21,2 %)	41 (78,8 %)

Insgesamt wurden 52 Foci saniert. Bei 11 von 52 (21,2 %) Foci trat nach Sanierung eine Besserung des Zustands der Urticaria ein. Bei den Patienten, deren Zustand nach der durchgeführten Operation und/oder nach der Zahnbehandlung unverändert blieb, ist das Verhältnis männlich/weiblich = 1 : 2. Von den 11 Foci, deren Sanierung eine Besserung des Zustands der chronischen Urticaria zur Folge

hatte, ist das Geschlechtsverhältnis 1 : 1.

Zusammenfassend gibt die nachfolgende Tabelle 17 einen Überblick über die Effekte aller durchgeführten operativen Sanierungen und/oder Zahnsanierungen.

Tab. 17: Effekte aller seit Entlassung aus der Dermatologischen Klinik durchgeführten operativen Behandlungen und/oder Zahnbehandlungen (n = 52) auf den Verlauf der chronischen Urticaria

Art der Behandlung	Gesamt	Besserung nach Sanierung	Unverändert nach Sanierung
Zahnbehandlung	35 (67,3 %)	5 (9,6 %)	30 (57,7 %)
Nasennebenhöhlen- Sanierung	1 (1,9 %)	1 (1,9 %)	-
Sinusitis maxillaris chronica	1 (1,9 %)	1 (1,9 %)	-
Tonsillektomie	3 (5,8 %)	1 (1,9 %)	2 (3,8 %)
Cholezystektomie	2 (3,8 %)	1 (1,9 %)	1 (1,9 %)
Pancreas-Pseudo- zysten-Resektion	1 (1,9 %)	1 (1,9 %)	-
Hysterektomie	2 (3,8 %)	-	2 (3,8 %)
Uterus-Polypen- Curretage	1 (1,9 %)	-	1 (1,9 %)
Arthrodesse der Wirbelsäule	1 (1,9 %)	-	1 (1,9 %)
Prostatektomie	5 (9,6 %)	1 (1,9 %)	4 (7,7 %)
Gesamt	52 (100 %)	11 (21,2 %)	41 (78,8 %)

4. Bedeutung von Diätverfahren

36 von 111 (32,4 %) Patienten hielten seit der Entlassung aus der Klinik eine Diät ein, entweder weil sie im oralen Provokationstest oder im Intrakutantest positiv auf bestimmte Nahrungsmittel bzw. Nahrungsmittelzusätze reagiert hatten oder da sie selbst die Erfahrung gemacht hatten, daß sie auf bestimmte Nahrungsmittel bzw. Nahrungsmittelzusätze mit einer Zunahme der Beschwerden reagiert hatten. Die von den Patienten durchgeführte Diät entsprach also nicht unbedingt den Empfehlungen der Klinik. Im einzelnen ergab sich folgendes Bild:

- 10 (9,0 %) Patienten meiden Additiva.
- 8 (7,2 %) Patienten sind Vegetarier.
- 5 (4,5 %) Patienten meiden Fett.
- 2 (1,8 %) Patienten essen keinen Fisch oder Schalentiere.
- 2 (1,8 %) Patienten meiden Genußmittel, wie Kaffee und Tee.
- 4 (3,6 %) Patienten meiden Obst, wie Zitrusfrüchte, Erdbeeren, Steinobst.
- 3 (2,7 %) Patienten trinken keine Milch.
- 2 (1,8 %) Patienten essen keine Hülsenfrüchte.

Bei der Nachuntersuchung stellten sich diese 36 Patienten mit dem entsprechenden klinischen Bild (Tab. 18) der chronischen Urticaria (Gruppe) vor.

Tab. 18: Patienten (n = 36) mit Ernährungsumstellung bezogen auf das klinische Zustandsbild der chronischen Urticaria bei der Nachuntersuchung

Zustand (Gruppe)	Anzahl der Patienten	Prozent
andauernd (1)	10	27,8
deutlich gebessert (2)	3	8,3
gebessert (3)	21	58,3
unverändert (4)	2	5,6
verschlechtert (5)	-	-
Gesamt	36	100

34 von 111 (30,6 %) Patienten mit Ernährungsumstellung gaben bei der Nachuntersuchung an, daß die Intensität der chronischen Urticaria seither abgenommen habe. 4 von 36 (11,1 %) Patienten waren seit Beginn der Ernährungsumstellung völlig erscheinungsfrei. Bei 2 Patienten trat keine Veränderung im klinischen Bild der Urticaria nach Ernährungsumstellung auf. Im χ^2 -Test ergab sich ein signifikanter Unterschied ($P \leq 0,05$) für den Vergleich der Merkmale "Besserung der chronischen Urticaria mit" oder "ohne Ernährungsumstellung".

Tab. 19: Vergleich der Merkmale "Ernährungsumstellung" keine Ernährungsumstellung" bei Patienten mit chronischer Urticaria (n = 111) (χ^2 - Test)

Zustand	Gesamt	Ernährungsumstellung	Keine Ernährungsumstell.
Besserung	92	34	58
Unverändert	19	2	17
Gesamt	111	36	75

5. Bedeutung von Veränderungen im psychosozialen Bereich

5.1. Familiärer Bereich

Alle Patienten wurden auf Veränderungen im persönlichen bzw. familiären Bereich seit der Entlassung aus der Dermatologischen Klinik befragt. 50 von 111 (45,0 %) Patienten gaben für sie bedeutsame Veränderungen an.

Im einzelnen waren dies (n = 111):

- Geburt eines Kindes: 3 (2,7 %) Patienten
- Heirat: 3 (2,7 %) Patienten
- Scheidung: 3 (2,7 %) Patienten
- Todesfall in engster Familie: 7 (6,3 %) Patienten
- schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes: 4 (3,6 %) Patienten
- familiäre Konflikte: 5 (4,5 %) Patienten
- Umzug: 2 (1,8 %) Patienten
- Arbeitsplatzwechsel bzw. Geschäftsaufgabe: 24 (21,6 %) Patienten

Die Tabelle 20 zeigt die Verteilung der Patienten mit Veränderungen im persönlichen bzw. familiären Bereich im Hinblick auf das klinische Bild der chronischen Urticaria bei der Nachuntersuchung.

Tab. 20: Patienten (n = 50) mit Veränderungen im persönlichen bzw. familiären Bereich bezogen auf das klinische Bild der chronischen Urticaria bei der Nachuntersuchung

Art der Veränderung	Zustand					
	Gesamt	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5
Geburt eines Kindes	2 (4,0 %)	—	2 (4,0 %)	—	—	—
Heirat	3 (6,0 %)	1 (2,0 %)	—	1 (2,0 %)	1 (2,0 %)	—
Scheidung	3 (6,0 %)	1 (2,0 %)	—	1 (2,0 %)	1 (2,0 %)	—
Todesfall in engster Familie	7 (14,0 %)	2 (4,0 %)	—	3 (6,0 %)	2 (4,0 %)	—
schwere Krankheit in der Familie	4 (8,0 %)	1 (2,0 %)	—	3 (6,0 %)	—	—
familiäre Konflikte	5 (10,0 %)	—	1 (2,0 %)	2 (4,0 %)	2 (4,0 %)	—
Umzug	2 (4,0 %)	—	—	2 (4,0 %)	—	—
Berufswechsel	24 (48,0 %)	7 (14,0 %)	—	14 (28,0 %)	2 (4,0 %)	1 (2,0 %)
Gesamt	50 (100 %)	12 (24,0 %)	3 (6,0 %)	26 (52,0 %)	8 (16,0 %)	1 (2,0 %)

Es fällt auf, daß 45 % unseres untersuchten Kollektivs bei der Nachuntersuchung angaben, Veränderungen im persönlichen bzw. familiären Bereich seit der Entlassung aus der Klinik erfahren zu haben. Aufgrund der Verschiedenartigkeit der Veränderungen, wie z. B. Heirat und Scheidung, ist es jedoch nicht möglich, einen Trend hinsichtlich der Abheilung bzw. Verschlechterung der chronischen Urticaria aufzuzeigen.

5.2. Berufliche Stellung (Arbeitsverhältnis)

Alle 111 Patienten des untersuchten Kollektivs wurden bei der Nachuntersuchung auf ihre berufliche Stellung bzw. ihr Arbeitsverhältnis hin befragt. Die Einteilung erfolgte in Nicht-berufstätige (Hausfrauen), Arbeiter, Angestellte, Selbständige, Patienten in Ausbildung, Rentner und Arbeitslose.

Die Tabelle 21 zeigt einen Überblick über die berufliche Stellung der Patienten unseres Kollektivs hinsichtlich dem klinischen Bild der chronischen Urticaria (Gruppe 1 - 5) bei der Nachuntersuchung.

Tab. 21: Berufliche Stellung der untersuchten Patienten (n = 111) bezogen auf die Intensität der Urticaria (Gruppen) bei der Nachuntersuchung

Stellung	Zustand (Gruppe)					
	Gesamt	andauernd (1)	deutlich gebessert (2)	gebessert (3)	unver- ändert (4)	verschlech- tert (5)
Hausfrauen	31 (27,9 %)	9 (8,1 %)	7 (6,3 %)	14 (13,6 %)	1 (0,9 %)	-
Arbeiter	31 (27,9 %)	11 (9,9 %)	2 (1,4 %)	10 (9,0 %)	7 (6,3 %)	1 (0,9 %)
Angestellte	26 (23,4 %)	6 (5,4 %)	3 (2,7 %)	11 (9,9 %)	6 (5,4 %)	-
Selbständi- ge	7 (6,3 %)	3 (2,7 %)	1 (0,9 %)	3 (2,7 %)	- -	- -
In Ausbil- dung	3 (2,7 %)	1 (0,9 %)	-	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	-
Rentner	5 (4,5 %)	1 (0,9 %)	-	2 (1,8 %)	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)
Arbeits- lose	8 (7,2 %)	2 (1,8 %)	2 (1,8 %)	3 (2,7 %)	1 (0,9 %)	-
Summe	111 (100 %)	33 (29,7 %)	15 (13,5 %)	44 (39,6 %)	17 (15,3 %)	2 (1,8 %)

Vergleicht man (Gruppe 1 + 2 + 3) die Nicht-Berufstätigen-Gruppe (96,7 %) mit der Gruppe der Arbeiter (74,2 %) und der Angestellten (76,9 %), so sieht man, daß es der Nicht-berufstätigen-Gruppe prozentual bei der Nachuntersuchung besser geht.

Bei den übrigen Berufsgruppen ist aufgrund der geringen Fallzahl eine vergleichende Aussage nicht möglich.

5.3. Arbeitsplatzwechsel

Bei der Nachuntersuchung wurden die Patienten hinsichtlich eines Arbeitsplatzwechsels befragt. 24 von 111 (21,6 %) Patienten gaben an, seit der Entlassung aus der Klinik ihren Arbeitsplatz gewechselt zu haben. Bei 11 von 24 (45,8 %) Patiententrat nach dem Arbeitsplatzwechsel eine Besserung der Urticaria ein, bei 13 (54,2 %) Patienten blieb der Zustand unverändert.

Die Tabelle 22 zeigt einen Überblick über den Effekt des Arbeitsplatzwechsels der Patienten unseres Kollektivs hinsichtlich dem klinischen Bild der chronischen Urticaria (Gruppe 1 - 5) bei der Nachuntersuchung.

Tab. 22: Effekte des Arbeitsplatzwechsels (n = 24) bezogen auf das klinische Zustandsbild der chronischen Urticaria bei der Nachuntersuchung

Effekte	Zustand (Gruppe)					
	Gesamt	andauernd (1)	deutlich gebessert (2)	gebessert (3)	unver- ändert (4)	verschlech- tert (5)
Besserung	11 (45,8 %)	3 (12,5 %)	-	8 (33,3 %)	-	-
Unverändert	13 (54,2 %)	4 (16,7 %)	-	6 (25,0 %)	2 (8,3 %)	1 (4,2 %)
Gesamt- wechsel	24 (100 %)	7 (29,2 %)	-	14 (58,3 %)	2 (8,3 %)	1 (4,2 %)

Im χ^2 -Test ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($P \leq 0,05$) für den Vergleich der Merkmale "Besserung und Arbeitsplatzwechsel" und "Besserung ohne Arbeitsplatzwechsel".

Tab. 23: Vergleich der Merkmale "Besserung mit Arbeitsplatzwechsel" und "Besserung ohne Arbeitsplatzwechsel" bei Patienten mit chronischer Urticaria ($n = 111$) - χ^2 -Test

Zustand	Gesamt	Arbeitsplatzwechsel	Kein Arbeitsplatzwechsel
Besserung	92	11	81
Unverändert	19	13	6
Gesamt	111	24	87

6. Medikamentöse Therapie

6.1. Antiallergische Therapie

18 von 111 (16,2 %) Patienten nahmen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung Antihistaminika bei Bedarf ein, 16 von 111 (14,4 %) Patienten in Dauermedikation. Die Tabelle 24 gibt einen Überblick über die verschiedenen H_1 -Rezeptoren-Blocker, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung von den Patienten bei Bedarf oder in Dauermedikation eingenommen wurden. Hinsichtlich der Dosierung ist zu sagen, daß auch bei Patienten, die Antihistaminika in Dauermedikation einnahmen, diese nach subjektivem Krankheitsgefühl variiert wurde. Es ist also nicht möglich, eine genaue Aussage über die Dosierung der Antihistaminika zu machen.

Tab. 24: H_1 -Rezeptoren-Blocker, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung von den Patienten mit chronischer Urticaria bei Bedarf (n = 18) oder in Dauermedikation (n = 16) eingenommen wurden

Substanz	Einnahme bei Bedarf	Dauermedikation
Oxatomid	1	3
Dimetiden	4	-
Clemastin	6	2
Iritoqualin	1	-
Mebhydrolin	3	3
Ketotifen	1	1
Alimemazin	1	1
Pheniramin	1	-
Terfenadin	-	3
Azatadin	-	1
Doxylamin	-	1
Chlorphenamin	-	1
Gesamt	18	16

Kein Patient, der zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung er-scheinungsfrei (Gruppe 1) war, nahm im letzten Monat vor der Nachuntersuchung Antihistaminika ein. Die beiden Pa-tienten, deren Gesundheitszustand sich verschlechterte (Gruppe 5), nahmen im letzten Monat vor der Nachuntersu-chung keine Antihistaminika ein. Tabelle 25 gibt einen Überblick über die Einnahme von Antihistaminika bei Be-darf (n = 18) und in Dauermedikation (n = 16) entspre-chend dem klinischen Bild (Gruppe) bei der Nachuntersu-chung.

Tab. 25: Einnahme von Antihistaminika bei Bedarf (n = 18) und in Dauermedikation bei Patienten mit chronischer Urti-caria entsprechend ihrem Gesundheitszustand bei der Nach-untersuchung

Zustand (Gruppe)	Einnahme von Antihistaminika	
	bei Bedarf	Dauermedikation
andauernd (1)	-	-
deutlich gebes- sert (2)	2 (11,1 %)	2 (12,5 %)
gebessert (3)	11 (61,1 %)	10 (62,5 %)
unverändert (4)	5 (27,8 %)	4 (25,0 %)
verschlechtert (5)	-	-
Gesamteinnahme	18 (100 %)	16 (100 %)

Ein Patient nahm Cromoglicinsäure (Colimune^R) in Dauer-medikation ein.

Glukokortikosteroide: 5 von 111 (4,5 %) Patienten nahmen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung Glukokortikosteroide (Dexamethason, Fluocortolon, Betamethason) bei Bedarf ein, wobei die Patienten angaben, die Dosierung nach subjektivem Krankheitsgefühl zu variieren.

2 von 111 (1,8 %) Patienten nahmen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung täglich Glukokortikosteroide (Triamcinolon 4 mg/die und Triamcinolon 2 mg/die) in Dauermedikation ein.

Antihistaminika und Glukokortikosteroide: 2 von 111 (1,8 %) Patienten nahmen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bei Bedarf sowohl Antihistaminika als auch Glukokortikosteroide ein. Dabei handelte es sich um Clemastin und Dexamethason (Corto-Tavegil^R) und Chlorphenamin und Betamethason (Celestamine^R).

Ein Patient nahm zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung täglich Chlorphenamin und Betamethason (Celestamine^R) in Dauermedikation ein.

6.2. Sonstige Medikamente

Unabhängig von der Einnahme von Antihistaminika und/oder Glukokortikosteroiden nahmen 49 von 111 (44,1 %) Patienten noch zusätzlich täglich oder bei Bedarf andere Medikamente ein.

Die Tabelle 2^b gibt einen Überblick über die zusätzliche Medikamenteneinnahme.

Tab. 26: Zusätzliche Medikamenteneinnahme (n = 49) bei Patienten mit chronischer Urticaria unabhängig von der antiallergischen Therapie

Medikamentenklasse	Anzahl der Patienten	Prozent
Analgetika	13	26,5
Antiphlogistika	4	8,2
Psychopharmaka	11	22,4
Kardiaka	16	32,6
Östrogene	9	18,4
Bronchospasmolytika	1	2,0
Antazida	4	8,2
Laxantien	2	4,1
Pankreasenzyme	2	4,1
Gesamt	49	100

6.3. Homöopathische und paramedizinische Verfahren

6 von 111 (5,4 %) Patienten gaben an, bei einem Heilpraktiker gewesen zu sein oder eine homöopathische Therapie durchgeführt zu haben. Bei allen 6 Patienten sei eine Besserung bis hin zur völligen Rezidivfreiheit eingetreten. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren 3 (2,7 %) Patienten erscheinungsfrei (Gruppe 1), 1 (0,9 %) Patient war deutlich gebessert (Gruppe 2) und 2 (1,8 %) Patienten waren gebessert (Gruppe 3). An homöopathischen oder paramedizinischen Verfahren wurden Eigenbluttherapien, Hefetablettenbehandlung, Arsenverschüttelung, Zwetschgen- und Wacholderkuren durchgeführt. Alle 6 Patienten waren weiblichen Geschlechts. Im einzelnen lagen bei den 6 Patienten folgende Befunde vor:

1. Bei einer Patientin wurden seit der Entlassung aus der Klinik drei beherdete Zähne extrahiert, zusätzlich litt sie an einer chronischen Gastritis. Nach ihren Angaben trat die Erscheinungsfreiheit nach einer Hefetablettenkur ein. Bei der Nachuntersuchung war die Patientin erscheinungsfrei (Gruppe 1).
2. Bei einer Patientin war während des Aufenthalts in der Klinik eine Darmsanierung wegen einer intestinalen Candidiasis durchgeführt worden. Seit der Entlassung aus der Klinik litt die Patientin erneut an Meteorismus und der chronischen Urticaria. Nach einer Zwetschgenkur blieb die Patientin erscheinungsfrei, ebenso bei der Nachuntersuchung (Gruppe 1).
3. Bei einer Patientin waren während der stationären Erstuntersuchung mehrere beherdete Zähne festgestellt worden, die bisher nicht saniert wurden. Seit einer Eigenbluttherapie blieb die Patientin erscheinungsfrei. Auch bei der Nachuntersuchung war die Patientin erscheinungsfrei (Gruppe 1).

4. Bei einer Patientin mit unauffälliger Anamnese führte eine Arsenverschüttelung zu einer deutlichen Besserung. Zusätzlich ernährte sich die Patientin seit der Entlassung aus der Klinik vegetarisch. Bei der Nachuntersuchung gab sie ihren Gesundheitszustand als deutlich gebessert (Gruppe 2) an.
5. Bei einer Patientin mit chronischer Tonsillitis und funktionellen Herzbeschwerden führte eine Wacholderkur zu einer Besserung der Urticaria. Bei der Nachuntersuchung gab sie ihren Gesundheitszustand als gebessert (Gruppe 3) an.
6. Bei einer Patientin wurde seit der Entlassung aus der Klinik ein beherdeter Zahn extrahiert. Eine Besserung der Urticaria trat nach einer Eigenbluttherapie ein. Bei der Nachuntersuchung war ihr Zustand gebessert (Gruppe 3).

7. Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie sollte der Einfluß von Fokus-Sanierung, Diäten, psychosozialen Faktoren und medikamentösen Therapien auf den Verlauf der Erkrankung bei Patienten mit chronischer Urticaria untersucht werden.

Sowohl Ernährungsumstellungen als auch Arbeitsplatzwechsel führten zu einer signifikanten Besserung ($P \leq 0,05$) der chronischen Urticaria. Dagegen ist die Besserung des Beschwerdebildes nach Fokus-Sanierung nicht signifikant.

D. Diskussion

In der Zeit von Mai bis Oktober 1983 wurden 111 Patienten eines Kollektivs mit chronischer Urticaria - unter Ausschluß von physikalischen Ursachen - nachuntersucht, die in den Jahren 1979 - 1982 in der Dermatologischen Klinik der Universität München zur stationären Erstdiagnostik aufgenommen worden waren. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug 1 - 4 Jahre. In 82,8 % der Fälle wurde von den Patienten eine Besserung der chronischen Urticaria angegeben, davon in 29,7 % eine völlige Rezidivfreiheit.

In 21,6 % der Fälle ließ sich die Ätiologie der chronischen Urticaria klären. 36 % der Patienten berichteten über urticarielle Hautveränderungen in Abhängigkeit von der Tageszeit. Die Fokus-Sanierung führte in insgesamt 21,2 % der Fälle zu einer Besserung des Beschwerdebildes, wobei die Sanierung von beherrdeten Zähnen in 27,3 % am auffälligsten war. Nur 53 % der Patienten, bei denen im Rahmen der Fokus-Suche bei der Erstuntersuchung in der Klinik ein auffälliger Befund erhoben worden war, waren nach der Entlassung aus der Klinik bereit, diesen Herd sanieren zu lassen. Bei 30,6 % der Patienten führte eine Ernährungsumstellung zu einer signifikanten Besserung der chronischen Urticaria. 45 % der Patienten gaben seit der Erstuntersuchung für sie bedeutsame Änderungen im persönlichen oder familiären Bereich an. Ein Arbeitsplatzwechsel führte bei 21,6 % der Patienten zu einer signifikanten Besserung der chronischen Urticaria. Antihistaminika benötigten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 16,2 % der Patienten bei Bedarf und 14,4 % in Dauermedikation. Die Einnahme von Glukokortikosteroiden wurde von 4,5 % der Patienten angegeben.

Schon Urbach (103) beschäftigte sich in einer kritischen Übersicht über 500 Patienten mit Urticaria mit dem Problem der Ätiologie, Pathogenese und Therapie. Er wies auf die

multifaktorielle Genese(48, 97) hin und zeigte sehr deutlich, daß eine Klärung der Ätiologie nur in Einzelfällen (15) gelingt, jedoch eine eingehende "Generaluntersuchung aller Organe" auf einer Spezialstation von 10- bis 14tägiger Dauer erfordert. Eine ambulante Urticariadiagnostik hielten Urbach (103) und Ehlers (29) für nicht möglich. Auch an der Dermatologischen Klinik der Universität München wird an Patienten mit chronischer Urticaria die Empfehlung ausgesprochen, sich 14 - 21 Tage stationär durchuntersuchen zu lassen. Dabei werden neben Hauttest- und Laboruntersuchungen eine intensive Fokus-Suche, physikalische Tests sowie Provokationsverfahren mit Suchdiäten und Additiva durchgeführt (8, 50, 51, 77, 85). In ca. 70 % (61) werden bei diesen Untersuchungen auffällige Befunde erhoben, die medikamentös, operativ oder durch Elimination von Noxen behandelt werden können, ohne daß ihre ursächliche Bedeutung für die chronische Urticaria eindeutig erfaßt werden kann. Häufig jedoch läßt sich erst mit Hilfe einer Langzeitbeobachtung der Erfolg dieser Maßnahmen klären.

So waren auch im vorliegenden Patientengut die ärztlichen Bemühungen in nahezu 1/3 der Fälle von dauerhaftem Erfolg.

Bei 33 von 111 (29,7 %) Patienten, die seit Entlassung aus der Dermatologischen Klinik erscheinungsfrei waren, ließ sich in 24 Fällen eine ursächliche Erklärung finden.

Bei 2 Patienten stand der Azetylsalizylsäure Abusus im Vordergrund, bei 2 Patienten Konservierungsmittel, bei einem Patienten Maracuja-Saft und bei einem Patienten Sellerie. Alle diese Patienten waren seit dem Weglassen der entsprechenden Noxe völlig und dauerhaft erscheinungsfrei. Eine intestinale Candidiasis war möglicherweise bei 7 Patienten von ursächlicher Bedeutung, da nach Sanierung des Darmes keine urticariellen Hauterscheinungen mehr auftraten.

Die operative Sanierung einer chronischen Cholelithiasis bei einem Patienten, die Resektion einer Pankreas-Pseudozyste, die Prostatektomie bei Prostataadenom mit chronisch-rezidivierenden Zystitiden bei 2 Patienten und eine operative Sanierung einer chronischen Sinusitis maxillaris führten zu unmittelbarer Erscheinungsfreiheit.

Ein Patient wurde nach operativer Sanierung der Nasennebenhöhlen erscheinungsfrei. Nach einer Behandlung mit Cimetidin wegen einer chronischen Gastritis wurde ein Patient erscheinungsfrei. Bei 2 Patienten kam es nach Arbeitsplatzwechsel, bei einem anderen Patienten nach Beendigung des Wehrdienstes zur Erscheinungsfreiheit. Ausgeprägte familiäre Probleme bestanden bei 2 Patienten, die möglicherweise als Auslöser bzw. Unterhalter der chronischen Urticaria in Frage kamen.

Alter und Geschlecht

Die Geschlechtsverteilung weiblich/männlich von 2,1 : 1,2 in unserer Untersuchung gibt dasselbe Verhältnis wieder, das auch Juhlin (54), Ros et al. (86), Monroe (74), Wallenstein et al. (107), Wüthrich et al. (118) und Hellgren (45) in ihren Studien finden. Dieses auffallende Verhältnis spricht für eine Gynäkotropie (50, 103) der chronischen Urticaria, wobei zu fragen ist, ob nicht Frauen häufiger als Männer eine dermatologische Klinik wegen juckender Hautveränderungen aufsuchen. Möglicherweise findet das Geschlechtsverhältnis darin seine Erklärung. Andererseits könnte man hormonelle Einflüsse diskutieren, da das Durchschnittsalter bei den Frauen in unserer Untersuchung 45,0 Jahre ist. Psychische Momente spielen möglicherweise bei der Erklärung der Gynäkotropie auch eine Rolle, da 27,9 % unseres Kollektivs Hausfrauen sind, und weil Kinder häufig mit 18 bis 20 Jahren endgültig den Haushalt der Eltern verlassen, könnte dies als aggravierender Faktor für die Urticaria hinzukommen. Hinsichtlich der Altersverteilung läßt sich sagen, daß die Variationsbreite in allen Studien von

früher Kindheit bis ins hohe Alter (45, 54, 71, 72, 86, 95, 103, 107, 118) reicht, mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen 40 und 45 Jahren bei beiden Geschlechtern. Wallenstein et al. (107) finden ein Durchschnittsalter bei beiden Geschlechtern von 39,8 Jahren, wogegen Hellgren (45) bei Männern 44 Jahre und bei Frauen 35 Jahre findet. Auch Juhlin (54) stellte in seiner Untersuchung fest, daß Frauen mit chronischer Urticaria geringfügig jünger sind als Männer. Wüthrich et al. (118) geben eine Heilungsrate von 16 % in ihrer Untersuchung an. Harris et al. (43) finden eine Heilungsrate von 58 % in ihrem Krankengut, wobei zu bemerken ist, daß für diese Studie nur Kinder untersucht worden sind. Man muß jedoch sagen, daß die Heilungsrate nicht unbedingt mit der Klärung der Ätiologie einhergeht. Durch die multifaktorelle Genese der chronischen Urticaria ist es jedoch möglich, durch z. B. Eliminationsdiät eine Noxe zu beseitigen und dadurch die Urticaria zur Abheilung zu bringen.

Erkrankungsdauer

Nach Illig (48) kann sich die Erkrankungsdauer der chronischen Urticaria von 6 Wochen bis zu 50 Jahren erstrecken, Juhlin (54) gibt eine Spanne von 3 Monaten bis zu 40 Jahren an und Meynadier et al. (71) bis 37 Jahre. In unserem Kollektiv litt der Patient mit der längsten Erkrankungsdauer seit 22 Jahren an chronischer Urticaria.

Die Dauer der Erkrankung vor einer intensiven Diagnostik scheint eine prognostische Bedeutung für den weiteren Verlauf der Erkrankung zu haben. Aufgrund der großen Streuung war eine Varianzanalyse der Erkrankungsdauer und der Gesamterkrankungsdauer zwar nicht möglich, jedoch läßt sich ein Trend aus den Zahlen ablesen. So zeigte sich in unserer Untersuchung, daß diejenigen Patienten, bei denen die Urticaria innerhalb von 6,8 Monaten nach Entlassung aus der Klinik abheilte, durchschnittlich 14,7 Monate vor der Erstuntersuchung krank gewesen

waren. Bei denjenigen Patienten, die gelegentlich an Rezidiven litten (Gruppe 2), hatte die Gesamterkrankungsdauer hingegen schon 38,6 Monate im Durchschnitt betragen. 73,3 Monate waren bereits diejenigen Patienten an chronischer Urticaria erkrankt gewesen, deren Zustand sich im Vergleich zum stationären Erstaufenthalt lediglich gebessert hatte (Gruppe 3). Bei den Patienten mit der am längsten bestehenden Urticaria traten auch die wenigsten Veränderungen zum Besseren auf (Gruppe 4). Wegen der geringen Fallzahl ($n = 2$ Patienten) ist zu Gruppe 5 (verschlechtert) keine Aussage möglich.

Aus diesen auffälligen Ergebnissen könnte man also schließen, daß eine genaue Anamnese hinsichtlich der Dauer der Urticaria geeignet ist, um eine Prognose über den Verlauf der Urticaria zu treffen. Die Prognose scheint jedoch bei denjenigen Formen der chronischen Urticaria am besten zu sein, bei denen die Krankheitssymptome nicht länger als ein Jahr bestanden. Bei mehr als 5jähriger Dauer der Erkrankung sind die Heilungschancen deutlich geringer.

Auch Ros et al. (86) beschreiben in ihrer Studie, daß die Dauer der chronischen Urticaria hinsichtlich der Prognose der Heilungschancen wichtig ist. 34 % der Patienten mit chronischer Urticaria sollen nach 12 Monaten (86) symptomfrei sein.

12 Monate nach Entlassung aus der stationären Diagnostik in der Dermatologischen Klinik waren 21,6 % des untersuchten Kollektivs erscheinungsfrei.

Faßt man die Patienten der Gruppe 1 (andauernd erscheinungsfrei), Gruppe 2 (deutlich gebessert) und Gruppe 3 (gebessert) zusammen, bei denen eine Besserung des Zustands im Vergleich zur Zeit vor der Erstuntersuchung zu verzeichnen war, so ergibt sich bei 92 von 111 (82,8 %) eine Besserung des Zustands in einer ein- bis vierjährigen

Nachbeobachtungszeit. Wüthrich et al. (118) geben eine Beschwerdefreiheit nach Ausschaltung von Noxen und/oder Dauertherapie mit Hydroxyzin von 76 % an.

Tagesdynamik

36 % des untersuchten Patientenkollektivs gaben bei der Nachuntersuchung an, an einem Tag im letzten Monat vor der Nachuntersuchung an einem urticariellen Schub gelitten zu haben. Interessant ist dabei die Tagesdynamik der Urticaria. In den Morgenstunden vor und nach dem Aufstehen klagten von den 36 % unseres Krankenguts die meisten Patienten (72,5 %) über juckende Hautveränderungen, wohingegen nur 50 % tagsüber bis in die Abendstunden Krankheitssymptome wahrnahmen. Es ist zu fragen, ob die Intensität der Urticaria tagsüber tatsächlich abnahm, oder ob die Patienten z. B. allein aufgrund der beruflichen Tätigkeit am Arbeitsplatz die Symptome nicht mehr wahrnahmen. Jedoch müßten die Beschwerden abends dementsprechend wieder zunehmen. Dies ist jedoch aus unserem Zahlenmaterial nicht ersichtlich. Wallenstein et al. (107) finden in ihrem Krankengut in 56 % der Fälle nur tagsüber Beschwerden, in 17 % ausschließlich nachts und in 27 % unabhängig von der Tageszeit. Juhlin (54) dagegen berichtet in seiner Untersuchung über nur 7 % Krankheitssymptome tagsüber, 44 % abends, 26 % nachts und 23 % in den Morgenstunden. Schröpl (89) sieht ein Maximum der Urticaria in den Abendstunden. Vergleicht man die verschiedenen Ergebnisse, so kommt man zu einem uneinheitlichen Bild. Festzustehen scheint aber, daß sowohl Nahrungszufuhr tagsüber - im Sinne einer Allergenexposition - als auch die Beschäftigung mit sich selbst am frühen Abend eine Rolle beim Wahrnehmen von juckenden Hauterscheinungen spielen. Andererseits gilt natürlich dasselbe für die Morgenstunden. So weiß der Patient z. B., daß ein neuer Arbeitstag bevorsteht mit möglichen Problemen am Arbeitsplatz (55). Aus diesem Grunde könnte der Patient seine Beschwerden verstärkt wahrnehmen.

Eine andere Erklärung der Tagesdynamik der chronischen Urticaria finden Bretag et al. (10), die über ein gehäuftes Auftreten von abendlichen urticariellen Episoden bei Patienten mit positiven fökalen Kulturen von *Campylobacter jejunii* berichten. Bei unserem Kollektiv wurde keine spezielle Stuhluntersuchung im Rahmen der Nachuntersuchung angestrengt, so daß keine Aussage bezüglich eines intestinalen Befalls mit *Campylobacter jejunii* oder anderen pathologischen Keimen möglich ist.

Assoziierte Erkrankungen

Auffällig ist, daß bei insgesamt 63,9 % der untersuchten Patienten unabhängig von der Urticaria vor der Erstuntersuchung bereits bekannte oder seit der Entlassung aus der Klinik neu aufgetretene Erkrankungen manifest sind. Dabei waren Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (GIT), wie chronische Gastritis, Magen- und Duodenalulcera, Cholezystitis und Proktokolitis, in 19,8 % der Fälle am häufigsten. Auch andere Untersucher fanden gehäuft Störungen im Gastrointestinaltrakt (7, 42, 54, 72, 95, 107, 113). Eine wichtige Bedeutung der chronischen Urticaria ist ihr Symptomcharakter bei Fokal-Infekten, Neoplasien, Systemerkrankungen (14) und bei infektiösen Erkrankungen. So finden sich eine Reihe von Fallbeschreibungen, bei denen Zahnwurzelabszesse bzw. Zahngranulome (27, 98, 99, 102) und auch verdächtige Herde im HNO-Bereich (17, 115) ursächlich die chronische Urticaria unterhalten haben. Auch mit viralen Erkrankungen, wie Hepatitis B (78, 104) und Coxsackie-Infektionen (68, 69), wird ein Zusammenhang diskutiert. Parasitäre Erkrankungen werden von zahlreichen Untersuchern als pathogenetisch für die chronische Urticaria genannt. So wird eine Assoziation mit Skabies (16, 116), Echinokokkus (76), Strongyloidiasis (21, 76), Oxyuriasis (27) und Giardiasis (76, 105) angenommen. Pathogene Darmkeime, wie *Campylobacter enteridis* (10, 65) und *Candida albicans* (5, 7, 52, 76), werden ebenfalls als

ursächlich für die chronische Urticaria in Betracht gezogen. Für *Cryptosporidium enteritidis* (84) ließ sich dagegen kein Zusammenhang mit chronischer Urticaria herstellen. Auch werden Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen mit dem Auftreten der chronischen Urticaria in Zusammenhang gebracht. Beschrieben wurden eine Assoziation der chronischen Urticaria mit Hypothyreodismus (60, 73), Autoimmunthyreoditis (62), welche allerdings von Moens (73) nicht bestätigt werden konnte, Hyperthyreodismus (5, 14, 96) und Hyperparathyreodismus (63). Auch bei Systemerkrankungen, wie dem systemischen Lupus erythematoses (5, 14, 27) und M. Waldenström (19, 23, 50), kann die Urticaria gelegentlich schon vor Auftreten der zugrundeliegenden Erkrankung (19) manifest werden. Goerz et al. (38) fanden in einem Fall eine Assoziation von chronischer Urticaria mit Etiocholanolon Fieber, Gleich et al. (37) mit dem Hypereosinophilie-Syndrom. Auch der seltene α_1 -Antitrypsin-Mangel (28) wurde bei Patienten mit chronischer Urticaria signifikant häufiger gefunden. Die Urticaria kann somit Begleitsymptom von verschiedensten Erkrankungen sein und rechtfertigt deshalb eine "Generaluntersuchung aller Organe" (103).

Bei einigen von unseren Patienten könnte ebenfalls eine Organerkrankung mit zum Persistieren der chronischen Urticaria beigetragen haben. So litt eine Patientin an einer chronisch-persistierenden Hepatitis B, bei einer Patientin wurde ein Mamma-Karzinom festgestellt, bei zwei Patienten wurde seit der Entlassung aus der Klinik eine chronische Prostatitis, die möglicherweise als Fokal-Infekt gelten kann, bestätigt. Interessant ist das Auftreten von gastrointestinalen Beschwerden in Form von Gastritiden, Magen- und Duodenalulcera und einer Proktokolitis, die immerhin von 13 von 111 (11,7 %) Patienten als neu angegeben wurden. Lindemayr et al. (64) geben ebenfalls eine hohe Koinzidenzquote der chronischen Urticaria mit Erkrankungen psychosomatischer Natur an, wie Gastritis und Magen- und Duodenalulcera.

Fokus-Suche

Die Fokus-Suche hat neben den Provokationstests (88) einen festen Stellenwert in der Diagnostik der chronischen Urticaria. Eine der Fragestellungen unserer Untersuchung ist es, zu klären, ob die Sanierung von Foci eine wesentliche Besserung des Beschwerdebildes zur Folge hat.

Bei 46 von 111 (41,4 %) Patienten wurden verdächtige Herde saniert, wobei bei 11 von 46 (23,9 %) Patienten eine Besserung nach Sanierung auftrat, bei 35 von 46 (76,1 %) Patienten blieb der Zustand unverändert. Insgesamt ließen nur 41,4 % des Gesamtkollektivs von 111 Patienten eine Fokus-Sanierung durchführen, obwohl bei insgesamt 74 von 111 (66,6 %) Patienten der Verdacht auf einen Fokus ausgesprochen wurde. Der Prozentsatz der Patienten, bei denen im Rahmen des stationären Aufenthalts ein Fokus-Verdacht geäußert wurde, und die nach Entlassung bereit waren, diesen Fokus sanieren zu lassen, betrug nur 28,8 % (32 von 111 Patienten).

Es fällt auf, daß somit nur die Hälfte der Patienten, bei denen ein Fokus-Suchprogramm mit positivem Befund durchgeführt wurde, bereit war, therapeutische Konsequenzen zu ergreifen, wobei sich entsprechend unserem Ergebnis in ca. einem Viertel der Fälle eine Besserung des Beschwerdebildes ergeben würde. Immerhin trat bei 27,3 % der Patienten mit verdächtigen Zahnherden eine Besserung ein, wie auch andere Untersucher (27, 91, 99, 102) in Einzelfällen beschreiben. Juhlin (54) gibt eine Besserung der Urticaria in einem Drittel der Fälle nach Zahnherdsanierung an.

Es ist bemerkenswert, daß die Patienten offensichtlich eher bereit sind, eine Zahn-Fokusbehandlung vornehmen zu lassen als andere Herde, wie chronische Sinusitiden, Tonsillitiden, Prostatitiden etc., sanieren zu lassen, wobei in unserer Untersuchung die wenig durchgeführten

Tonsillektomien und Prostataektomien häufig zu einer völligen Beschwerdefreiheit führten, somit bei einer sorgfältigen Indikationsstellung erfolgversprechend sein könnten. So bestand bei einem Patienten neben der Urticaria zugleich eine chronische Cholelithiasis. Nach Cholezystektomie war der Patient erscheinungsfrei. Über ähnliche Fälle berichtet Michaëlsson (72). Eine Patientin war seit einer Pankreas-Pseudozysten-Resektion erscheinungsfrei. In beiden Fällen könnte man eine pathogenetische Bedeutung des Kallikreins (72) diskutieren.

In der Literatur wird immer wieder die Bedeutung von Foci in Frage gestellt (68, 69, 76). Wir können von einem Patienten berichten, bei dem eine chronisch-rezidivierende Zystitis bei einem Prostataadenom bestand. Seit der durchgeführten Prostataektomie war der Patient erscheinungsfrei. Auch im HNO-Bereich wurden nach operativer Fokus-Sanierung zwei Patienten erscheinungsfrei. Bei einem Patienten bestand eine Sinusitis maxillaris chronica, bei einem anderen Patienten eine chronische Infektion der Nasennebenhöhlen. Bei beiden Patienten heilte die Urticaria unmittelbar nach der Operation ab. Wir können somit über positive Fälle von Fokus-Sanierung, wie auch andere Untersucher (17, 27, 91, 99, 102, 115), berichten.

Die Bedeutung der intestinalen Candidiasis im Rahmen der Urticariagenese wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich beurteilt. So berichten James et al. (52) über eine signifikante Besserung bei Patienten mit positivem Prick-Test auf *Candida albicans* nach antimykotischer Therapie und hefeärmer Diät. Auch Stemmler et al. (98) bejahen die pathogenetische Bedeutung von Hefepilzen. Maucher (66) stellt die Bedeutung von Trichophytin- und Candidin-Intracutantests in Frage, da bei Vergleichskollektiven sowohl Trichophytininfektionen als auch Candida-Infektionen häufig sind und dabei keine Urticaria mit auftritt. Auch Mathews (68, 69) zwei-

felt die Bedeutung von Hefepilzen bei der Urticaria-pathogenese an. Es fällt somit auf, daß bei unserem Patientenkollektiv aus der Gruppe der 22 Patienten, bei denen eine Darmsanierung nach dem "Münchner Schema" (7) durchgeführt wurde, immerhin 6 von 22 (27,3 %) Patienten über keine weiteren Rezidive mehr berichteten.

Eine andere mögliche Erklärung der Ätiologie der chronischen Urticaria wird von Blair et al. (4), Brauss (9) und Green et al. (40) gegeben. Sie berichten über die allergene Wirkung des Spermaplasmas postcoital. Green et al. (40) weisen darauf hin, daß durch das Spermaplasma auch andere Allergen, wie Penizillin, incorporiert werden können und dadurch die Urticaria auslösen.

Es stellt sich die Frage, ob eine mit relativ viel Aufwand und zugleich kostenintensive Fokus-Suche in Anbetracht der

1. geringen Heilungsraten nach Sanierung (76) und
2. der geringen Bereitschaft der Patienten (53 %), einen festgestellten Fokus sanieren zu lassen,

überhaupt gerechtfertigt ist. Man sollte diese Frage bejahen, da die Fokus-Sanierung zumindest die Möglichkeit zu einer kausalen Therapie der chronischen Urticaria beinhaltet und zugleich durch die Sanierung die Möglichkeit zu einer Heilung besteht. Nicht zu vergessen ist die Bedeutung der Aufdeckung von anderen Grunderkrankungen, bei denen die chronische Urticaria nur Begleitsymptom (14, 19, 23, 27, 28, 37, 38, 50, 60, 62, 63, 73, 78, 104) ist. Die mangelnde Bereitschaft der Patienten, Fokus sanieren zu lassen, könnte möglicherweise an einer zu geringen Aufklärung hinsichtlich der Erfolgsquote liegen. Würden alle verdächtigen Herde saniert werden, wäre die Heilungsrate unter Umständen höher.

Bedeutung von Diätverfahren

Bei jedem Patienten mit chronischer Urticaria wird ein Nahrungsmittelstandard getestet. Im Rahmen der stationären Abklärung wird dann eine Such- und Provokationsdiät (110) unter Einschluß von Konservierungsstoffen und Analgetica eingeleitet. Nach May et al. (70) müssen für die Diagnose "Nahrungsmittelallergie" die folgenden drei Kriterien erfüllt sein (85):

1. Gesicherte Auslösung durch das Nahrungsmittel;
2. Ausschluß anderer Möglichkeiten der Unverträglichkeit;
3. immunologischer Nachweis einer Sensibilisierung.

Im einzelnen wird zuerst eine Eliminationsdiät mit Kartoffeln, Reis und Mineralwasser zur Vermeidung der häufigsten Nahrungsmittelallergene, wie Kuhmilch, Hühnerei, Fisch, Obst, Hülsenfrüchte, Fleisch und Gemüse durchgeführt. Danach wird dem Patienten unter stationären Bedingungen eine Aufbau- oder Suchdiät mit Standardnahrungsmitteln und Nahrungsmittelzusätzen verordnet. Sollte sich im Verlauf der Testung ein positives Ergebnis zeigen, so liegt nahe, daß die Karenz hinsichtlich dieses Nahrungsmittels bzw. Nahrungsmittelzusatzes (106) Therapie der Wahl ist. In der Literatur nehmen Nahrungsmittel- und Nahrungsmittelzusatzallergie und Assoziation mit chronischer Urticaria einen großen Stellenwert ein (3, 11, 95). Mathews (68, 69) hingegen sieht die Bedeutung von Nahrungsmittelallergien praktisch nur in Verbindung mit akuter Urticaria und bezweifelt den Zusammenhang mit chronischer Urticaria. Lathi et al. (59) stellen die Bedeutung von Benzoesäure bei der Auslösung der chronischen Urticaria in Frage. Warin et al. (111) berichten, daß in 5 bis 36 % der untersuchten Fälle die Patienten mit chronischer Urticaria mit einer Exazerbation der Urticaria auf Tartrazin reagierten. Wüthrich et al. (118) beschreiben in 11 von 14 Fällen mit positiver Intoleranzprovokation nach Eliminationsdiät eine starke oder völlige Beschwerdefreiheit. Ros et al. (86) be-

schreiben 24 % Symptombfreiheit nach Elimination von Salicylaten, Benzoaten und Azofarbstoffen bei Patienten mit positivem Provokationstest auf diese Zusatzstoffe und Urticaria mit einer Dauer von mehr als vier Monaten. Auch andere Untersucher (32, 36, 51, 56, 62, 74, 103) bewerten die Eliminationsdiät positiv und sehen in der Nahrungsmittelallergie eine ätiopathogenetische Bedeutung der Urticaria. Wallenstein et al. (107) berichten in ihrer Studie über Nahrungsmittelallergien, die ursächlich bei 1,5 % ihrer Patienten in Frage kommen. Juhlin (54) stellt bei einem Drittel seiner Patienten positive Ergebnisse im oralen Provokationstest fest. Nach Eliminationsdiät persistieren die Quaddeln in der Mehrzahl der Fälle. Illig et al. (51) fanden häufig bei Testungen positive Ergebnisse gegen Lebensmitteladditiva, die sie als Intoleranz-Reaktion vom Aspirin-Typ bewerteten. Ehlers (29) bewertet das Auffinden von Nahrungsmittelallergenen im Vergleich zum Aufwand des Test-Verfahrens als relativ gering. Przybilla et al. (83) beschreiben einen Fall von Anaphylaxie bei einer Patientin mit chronischer Urticaria nach Kaffeegetränk bei gleichzeitig bestehender Aspirin-Idiosynkrasie.

In unserem Kollektiv führten 36 von 111 (32,4 %) Patienten eine Eliminationsdiät durch, wobei 10 von 36 (27,8 %) Patienten Additiva mieden. Die anderen Allergene, die gemieden wurden, entsprechen den häufigsten Nahrungsmittelallergenen. Immerhin zählten 10 von 36 (27,8 %), die eine Eliminationsdiät durchführten, zur Gruppe 1 (andauernd erscheinungsfrei). 4 von 36 (11,1 %) Patienten brachten die Erscheinungsfreiheit ursächlich mit der Ernährungsumstellung in Zusammenhang, da sie berichteten, seit Weglassen der Noxe symptomfrei geworden zu sein. Davon mieden 2 Patienten Konservierungsmittel, ein Patient trank keinen Maracuja-Saft mehr und ein Patient aß keinen Sellerie mehr. Insgesamt gaben 34 von 36 (94,4 %) Patienten, die zur Gruppe 1, 2 und 3 gehören, eine Besserung des Zustands an. Ob die

Ernährungsumstellung bei diesen 94,4 % die Ursache der Besserung ist, läßt sich nicht beweisen, jedoch scheint sie einen Einfluß auf die Intensität der Urticaria zu haben.

Somit sollten die Patienten mit positivem Ergebnis nach oraler Provokation angehalten werden, eine Eliminationsdiät durchzuführen, da bei konsequenter Diät eine Heilung der Urticaria nicht ausgeschlossen ist. Häufig jedoch halten die Patienten die Diät nicht ein, da sie nach Eintritt der Erscheinungsfreiheit keinen Grund mehr dafür sehen oder z. B. in Restaurants unbekannten Nahrungsmittelzusatzstoffen ausgesetzt werden.

Psychosoziale Faktoren

Neben Allergenen, Idiosynkrasie und Fokal-Infekten scheinen psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle für den Verlauf der chronischen Urticaria zu spielen. So weisen verschiedene Untersucher auf die Bedeutung von psychosozialen Faktoren sowohl bei der Genese als auch auf den Verlauf der chronischen Urticaria hin (13, 42, 55, 64, 72, 95, 103, 107, 114). Champion et al. (13) zeigen in ihrer Untersuchung, daß in 11,6 % der Fälle psychische Faktoren ursächlich und in 23,8 % der Fälle aggravierend auf den Verlauf der chronischen Urticaria einwirken. Auch Juhlin (54) betont die Bedeutung von psychischen Faktoren. Er fand in seinem Krankengut bei 16 % der Patienten auffällige psychische Störungen. Whitlock (114) hält psychische Faktoren in 1/4 bis 1/3 der Fälle für eine wichtige Ursache der chronischen Urticaria. Wallenstein et al. (107) geben an, daß bei 37 % der untersuchten Patienten durch psychische Faktoren eine Zunahme des Beschwerdebildes ausgelöst werden kann. Michaëllsson (72) weist ebenfalls auf die Bedeutung von psychischen Faktoren hin. Mathews (69) als auch Champion et al. (14) bestätigen die Bedeutung von diesen Faktoren für den Verlauf der chroni-

schen Urticaria. Schröpl (89) und auch Lindemayr et al. (64) sehen in manchen Fällen in der chronischen Urticaria eine psychosomatische Erkrankung.

Seit der Entlassung aus der Klinik gaben 45 % der von uns untersuchten Patienten an, im persönlichen oder familiären Bereich bedeutsame Veränderungen durchlebt zu haben. Diese bestanden jedoch zum Teil schon vor der stationären Erstuntersuchung, wie z. B. eine schwere Erkrankung im engsten Familienkreis. Ein Fallbeispiel soll demonstrieren, wie schwierig es sein kann, die Ätiologie der chronischen Urticaria zu deuten, wenn verschiedenste Faktoren angeschuldigt werden können.

Fallbeispiel: Ein jüdischer Patient, ehemaliger Konzentrationslager-Insasse, 70 Jahre alt, leidet seit seiner Pensionierung an chronischer Urticaria. Er klagt über, seit der Pensionierung, erneut auftretende Alpträume über seine KZ-Leidenszeit, er denke wieder häufiger an diese Schreckenszeit und dabei stelle er eine Zunahme des Juckreizes fest. Die Fokus-Suche ergab bei dem Patienten ein Prostataadenom und eine Sinusitis maxillaris chronica. Beide Foci ließ der Patient nicht sanieren. Er gab an, daß abhängig von seiner Freizeitbeschäftigung immer wieder Phasen völliger Erscheinungsfreiheit aufträten. Der Patient stellte sich nach einem Urlaub in Spanien zur Nachuntersuchung vor. Das klinische Bild der chronischen Urticaria schien deutlich gebessert (Gruppe 2) zu sein.

Dieser Fall soll demonstrieren, wie schwierig es sein kann, eine Erklärung für die Ursache der chronischen Urticaria zu finden. Bei dem Patienten lagen zwei verdächtige foci vor, die ursächlich die chronische Urticaria beeinflussen könnten. Aggravierend kommt bei dem Patienten sicherlich die ausgeprägte psychische

Problematik hinzu. Ebenso könnte die Pensionierung des Patienten als zusätzlicher psychosozialer Faktor bewertet werden. Es ist möglich, daß für den Patienten, solange er im Arbeitsprozeß integriert war, eine Verdrängung der Erinnerungen an seine KZ-Zeit besser möglich war als jetzt. Seit der Pensionierung findet der Patient mehr Zeit, sich mit sich selbst zu beschäftigen; somit könnte er die psychischen Konflikte somatisieren.

Über die psychische Struktur der Patienten mit chronischer Urticaria liegen verschiedene Ansichten vor. So sieht Schröpl (89) keine typische Persönlichkeitsstruktur, Kaneko et al. (55) beschreiben den Patienten als Mensch mit einem besonderen Bedürfnis nach Zuneigung sowie einer Unfähigkeit, mit Vorgesetzten ein herzliches Verhältnis einzugehen. Lindemayr et al. (64) zeigen eine Signifikanz in ihrer Urticariagruppe hinsichtlich Introvertiertheit, Nervosität und psychosomatischen Störungen. Dazu kommt auch die Unfähigkeit, negative und ärgerliche Emotionen auszudrücken und eine mangelnde soziale Selbstbehauptung.

Bräutigam et al. (6) sehen in der Psychodynamik des Patienten mit chronischer Urticaria charakteristische starke Abhängigkeitsbeziehungen gegenüber anderen als mächtig erlebten Personen mit masochistisch anklagender Einstellung.

Whitlock (114) bezweifelt, ob aggressive Züge und Ärger typisch für den Patienten mit chronischer Urticaria sind. Er vermutet, daß man u. a. bei manchen Patienten mit Urticaria bei einem Gefühlsausbruch einen nicht-spezifischen Effekt in Form einer überstarken vasomotorischen Veränderung sieht, der sich als urticarielle Hautveränderung darstellt. Whitlock (114) schlägt deswegen bei diesen Patienten die Sedierung und Psychotherapie als vernünftigen Therapieansatz vor.

Es erstaunt nach der Beschreibung des Patienten mit chronischer Urticaria nicht, daß es bei 24 von 111 (21,6 %) Patienten unseres Kollektivs mit Arbeitsplatzwechsel immerhin bei 11 (45,8 %) Patienten zu einer Besserung des Gesundheitszustandes kam. Da möglicherweise der Urticaria-Patient häufiger mit seinen Vorgesetzten Schwierigkeiten hat und auch andererseits seinen Ärger nicht genügend ausleben kann, wird er seinen Arbeitsplatz häufiger als psychischen Streß ansehen als andere Menschen. Es ist somit verständlich, warum ein Arbeitsplatzwechsel oft zu einer Besserung des Beschwerdebildes führt.

Es scheint wichtig, in der Anamnese auch nach psychischen Faktoren zu fragen und gegebenenfalls eine psychosomatische Untersuchung einzuleiten. Inwieweit eine Psychotherapie letztlich zu einer Heilung der Urticaria führt, ist schwierig vorherzusagen, da häufig die Ursachen der psychosomatischen Beschwerden bereits in der frühen Kindheit (6) liegen und sie somit für den Therapeuten schwierig anzugehen sind. Hellgren (45) befaßt sich in seiner Untersuchung u. a. mit dem Zusammenhang zwischen der chronischen Urticaria und verschiedenen Berufsgruppen und kommt zu dem Ergebnis, daß es sich bei der Überrepresentation einzelner Berufsgruppen um zufällige Verteilungen handeln müsse. In unserer Untersuchung fällt auf, daß der Anteil an Arbeitern, Angestellten und Nicht-berufstätigen (Hausfrauen) etwa gleich hoch ist (27 %). Der Anteil an Selbständigen, Rentnern und Patienten, die sich in Ausbildung befanden, ist mit weniger als 7 % deutlich geringer.

Da es sich bei der chronischen Urticaria um eine Erkrankung handelt, die ihren Altersgipfel zwischen 40 und 45 Jahren hat, ist es leicht zu verstehen, daß der Anteil der Rentner und derjenigen Patienten, die sich

in Ausbildung befinden (Schüler, Auszubildende, Studenten), mit 2 bis 7 % sehr niedrig ist. Aus dieser Untersuchung geht hervor - faßt man Gruppe 1 (andauernd erscheinungsfrei), Gruppe 2 (deutlich gebessert) und Gruppe 3 (gebessert) zusammen -, daß bei 96,7 % der Nichtberufstätigen eine Besserung eingetreten ist, wogegen die Besserungsrate bei Arbeitern mit 74,2 % und bei Angestellten mit 76,9 % etwas geringer ist.

Medikamentöse Therapie

Die Therapie der chronischen Urticaria stellt nach wie vor für jeden Dermatologen ein großes Problem dar. Wird kein auslösendes Agens bzw. kein Fokal-Infekt gefunden, bleibt in jedem Fall nur die symptomatische Therapie mit Antihistaminika und in besonders schweren Fällen auch mit zusätzlicher Gabe von Glukokortikosteroiden (76).

Seit der Einführung des Benadryl (24) spielen Antihistaminika in der Therapie der chronischen Urticaria eine entscheidende symptomatische Rolle (92, 117). Bei den Antihistaminika handelt es sich um H_1 -Rezeptorenblocker (33) von teils unterschiedlicher chemischer Struktur. Das Hauptproblem der Antihistaminika-Therapie ist in den Nebenwirkungen zu sehen (39). Müdigkeit, Beeinträchtigung im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz stellen die Wertigkeit der Therapie und die Compliance der Patienten in Frage. Greaves (39) und Warin (109) schlagen vor, den Patienten mit Hilfe eines Fragebogens die verschiedenen Präparate nach Wirkung und Nebenwirkungen selbst austesten zu lassen. Es liegen zahlreiche Untersuchungen hinsichtlich der Dosierung, Wirkung und der Nebenwirkungsrate der verschiedenen H_1 -Rezeptorenblocker (1, 3, 12, 22, 25, 31, 36, 41, 49, 58, 77, 79, 82, 112, 118) vor. Als neuere Antihistaminika treten in letzter Zeit verstärkt Astemizol als lang-wirkendes, nicht sedatives Antihistaminikum (58) und Terfenadin, das ebenfalls nicht sedativ wirkt (12, 31), in den Vordergrund (77). Dabei soll Astemizol gegenüber dem Terfenadin leichte Vorteile bringen (82). Beide Substanzen könnten von BM 825 C, einem Analogon des Triprolin (36), abgelöst werden. Verschiedentlich wurden H_1 -Rezeptorenblocker untereinander in klinischen Studien verglichen. So soll Oxatomid dem Mequitazin überlegen (25), jedoch gegenüber Clemastin in seiner Wirkung auf die chronische Urticaria gleich sein (1). Von mehreren Untersuchern wird Hydroxyzin als ein sehr wirksames Antihistaminikum gewertet (3, 77,

118), ebenso Cyproheptadin (22), welches eine geringe Nebenwirkungsrate haben soll. Die Wirksamkeit von Azatadin wird als hoch bewertet (80), es soll sogar dem Terfenadin überlegen sein (79). Mequitazin gleicht im Wirkungsspektrum dem Doxepin, einem Antidepressivum (44), welches dem Diphenhydramin überlegen sein soll (41).

Hinsichtlich der Dosierung der Antihistaminika gibt es verschiedene Auffassungen. Während Warin (112) mit Terfenadin in höherer Dosierung keinen besseren Effekt auf die chronische Urticaria erzielte, ist Illig (48) der Meinung, daß Antihistaminika ausreichend hoch - unabhängig vom subjektiven Wohlbefinden der Patienten - dosiert werden sollten, um einen langfristigen Effekt auf den Verlauf der chronischen Urticaria ausüben zu können.

Ein anderes Therapiekonzept ist die Kombination von H_1 - und H_2 -Rezeptorenblockern. Auch hier liegen verschiedene Untersuchungen über die Effekte einer Kombination auf den Verlauf der chronischen Urticaria vor (20, 26, 30, 53, 75, 80, 81, 82, 94, 101, 107, 117). Mehrere Untersucher sehen in der Kombination von H_1 - und H_2 -Blockern positive Ergebnisse (20, 75, 81, 82, 107, 117), wobei insbesondere Paul et al. (81) zu nennen sind, die in einer Untersuchung mit Ranitidin (H_2 -Blocker) und Terfenadin (H_1 -Blocker) eine gute Wirksamkeit auf die chronische Urticaria sowohl in Kombination als auch in alleiniger Gabe der Einzelsubstanzen feststellten. Auch sollen Patienten, bei denen keine Besserung auf die alleinige Gabe von H_1 -Blockern eintritt, bei der Kombination von Chlorpheniramin (H_1 -Blocker) und Cimetidin (H_2 -Blocker) einen positiven Effekt zeigen (101). Diller et al. (26) und Johnson et al. (53) sehen keine positiven Ergebnisse in einer Kombination von H_1 - und H_2 -Blockern. Die alleinige Gabe von H_2 -Blockern soll in Einzelfällen eine Besserung der chronischen Urticaria erbracht haben (30, 94).

Man ahnt aus diesen zum Teil widersprüchlichen Ergebnissen die Problematik der medikamentösen Therapie der chronischen Urticaria. Bei Versagen der Antihistaminika-Therapie wurden von verschiedenen Untersuchern andere medikamentöse Therapien der chronischen Urticaria vorgeschlagen. So soll mit der Kombination von Ketotifen und Terbutalin (87), mit Dextroamphetamin (18) oder mit Prenylamin (100) in Einzelfällen eine Besserung der chronischen Urticaria erzielt worden sein.

Offen ist nach wie vor die Frage, inwieweit Patienten nach stationärer Abklärung noch medikamentös behandelt werden müssen. Wallenstein et al. (107) geben in ihrer Studie an, daß 50 % der von ihnen nachuntersuchten Patienten mit Antihistaminika, 16 % mit Antihistaminika und Glukokortikosteroiden und 8 % mit Glukokortikosteroiden allein weiterbehandelt werden mußten. Wüthrich et al. (118) weisen darauf hin, daß 60 % der nachuntersuchten 316 Patienten nach Ausschaltung von Noxen und/oder einer medikamentösen Dauertherapie mit zumeist Hydroxyzin-Hydrochlorid weitgehend erscheinungsfrei waren. Es ist jedoch aus dieser Arbeit (118) nicht ersichtlich, wieviele Patienten tatsächlich weiter Antihistaminika einnehmen müssen. 34 von 111 (30,6 %) Patienten unseres Kollektivs nahmen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung Antihistaminika ein, wobei 18 (52,9 %) Patienten Antihistaminika nur bei Bedarf und 16 (47,1 %) Patienten Antihistaminika in Dauermedikation einnahmen. Kein Patient der Gruppe 1 (andauernd erscheinungsfrei) benötigt noch Antihistaminika, jedoch nahmen 13,3 % der Patienten der Gruppe 2 (deutlich gebessert), 22,7 % der Gruppe 3 (gebessert) und 23,5 % der Gruppe 4 (unverändert) in Dauermedikation Antihistaminika ein, im Gegensatz zur Einnahme bei Bedarf, wo der Prozentsatz ähnlich groß ist, nämlich 13,3 % bei Gruppe 2, 25,0 % bei Gruppe 3 und 29,4 % bei Gruppe 4. Kein Patient der Gruppe 5 (verschlechterter Zustand) nahm Antihistaminika ein; vermutlich hat sich deren Beschwerdebild deswegen verschlechtert

Nur 5 von 111 (4,5 %) Patienten benötigten Glukokortikosteroide, davon 2 Patienten in Dauermedikation. In allen Fällen lag die Dosierung unterhalb der Cushing-schwelle. Antihistaminika und Glukokortikosteroide nahmen nur 2 von 111 (1,8 %) Patienten ein. Vergleicht man unser Zahlenmaterial mit der Studie von Wallenstein et al. (107), so nahmen unsere Patienten deutlich weniger Antihistaminika und/oder Glukokortikosteroide ein.

49 von 111 (44,1 %) Patienten unseres Kollektivs nahmen, abgesehen von der antiallergischen Therapie, andere Medikamente ein, wobei der Anteil der Analgetika bei Bedarf von 13 von 49 (26,5 %) Patienten am größten ist. Auf das Intoleranzphänomen von Azetylsalizylsäure weisen verschiedene Untersucher (27, 34, 48, 50, 57, 68, 69, 86, 107, 118) hin. In unserem Kollektiv bestand der Verdacht, daß bei 2 von 111 (1,8 %) Patienten der Azetylsalizylsäure Abusus ursächlich für die chronische Urticaria war, da nach Elimination der Noxe die Patienten erscheinungsfrei wurden. Inwieweit bei diesen 13 von 111 (11,7 %) Patienten die unregelmäßige Einnahme von Analgetika für die Persistenz der chronischen Urticaria verantwortlich war, läßt sich nicht sagen.

Eine Patientin wurde nach Therapie mit Cimetidin wegen chronischer Gastritis in Verbindung mit chronischer Urticaria erscheinungsfrei. Für diesen Effekt der H_2 -Blocker-Therapie liegen verschiedene Untersuchungen, teils mit positiven, teils mit negativen Erfolgen, vor. Es ist bemerkenswert, daß diese Patientin nach 2wöchiger Cimetidin-Therapie ohne zusätzliche H_1 -Blocker-Gabe erscheinungsfrei wurde.

Es fällt der hohe Anteil von Psychopharmakaeinnahme bei 11 von 111 (9,9 %) Patienten auf. Die Erklärung hierfür geben Lindemayr et al. (64) durch Beschreibung des Persönlichkeitsmusters.

Es läßt sich somit feststellen, daß die Therapie mit Antihistaminika nach wie vor unumgänglich ist. Die Kombination von H_1 - und H_2 -Blockern hat von Fall zu Fall verschiedene Resultate zur Folge und sollte deswegen versucht werden. Eine stützende Therapie mit Psychopharmaka (114) scheint in vielen Fällen indiziert zu sein.

Homöopathische Verfahren und Außenseiterverfahren

Homöopathische Verfahren schienen in manchen Fällen, bei "Versagen" der Schulmedizin, nach Angaben von etwa 5 % der Patienten zur absoluten Beschwerdefreiheit zu führen. Meistens jedoch führen Besuche bei Heilpraktikern nur zu hohen Kosten für die Patienten.

In unserem Kollektiv berichteten 6 von 111 (5,4 %) Patienten von einer deutlichen Besserung bis hin zur Rezidivfreiheit nach Hefe-, Zwetschgen- und Wacholderkuren oder Arsenverschüttelungen. Den positiven Effekt von Hefe- und Zwetschgenkuren könnte man durch mögliche pathologische Darmbesiedlung (7, 10, 65, 76) und dem laxativen Effekt dieser Verfahren erklären. Eigenblutinjektionen, wie sie ebenfalls teils mit, teils ohne Erfolg durchgeführt wurden, sind als Therapieansatz nach erfolgloser klassischer Therapie gerechtfertigt, wobei der Pathomechanismus dieses Verfahrens nicht aufgeklärt ist.

E. Zusammenfassung

111 Patienten (71 Frauen, 40 Männer) der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München der Jahre 1979 - 1982 mit chronischer Urticaria, unter Ausschluß von physikalischen Urticaria, wurden 1 bis 4 Jahre nach der Erstuntersuchung mit Hilfe eines Fragebogens und persönlich auf ihren Gesundheitszustand nachuntersucht. Dabei gaben 82,8 % der Patienten eine Besserung, davon 29,7 % eine völlige Rezidivfreiheit, 15,3 % einen unveränderten Gesundheitszustand und 1,8 % eine Verschlechterung hinsichtlich ihrer Urticaria an.

Das Durchschnittsalter des untersuchten Patientenkollektivs betrug $44,9 \pm 16,5$ Jahre (Frauen: $45,0 \pm 17,5$ Jahre, Männer: $44,8 \pm 15,1$ Jahre). Vom ersten Auftreten der Urticaria bis zur stationären Erstdiagnostik waren die Patienten durchschnittlich $37,7 \pm 48,9$ Monate erkrankt gewesen. Nach durchschnittlich $56,0 \pm 53,7$ Monaten nach Beginn der Urticaria trat eine Besserung des klinischen Bildes ein.

36,0 % der untersuchten Patienten berichteten über urticarielle Hautveränderungen in den letzten 4 Wochen vor der Nachuntersuchung in Abhängigkeit von der Tageszeit.

Bei 44, 1 % der Patienten waren vor der stationären Erstdiagnostik neben der chronischen Urticaria assoziierte Erkrankungen bekannt. In der Zeit zwischen der Entlassung aus der stationären Erstuntersuchung und der Nachuntersuchung traten bei 18,9 % der Patienten neue Erkrankungen auf.

Im Rahmen der Fokus-Suche bei der stationären Erstuntersuchung ergaben sich bei 54,0 % des Gesamtkollektivs verdächtige Herde. Neben einer intestinalen Candidiasis waren insbesondere verdächtige Fokal-Infekte

im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde festgestellt worden. Nach operativer Fokus-Sanierung und/oder Zahnherd-Sanierung ergab sich keine signifikante Besserung der chronischen Urticaria, obwohl sich in Einzelfällen positive Effekte andeuteten.

32,4 % der nachuntersuchten Patienten führten seit der Entlassung aus der stationären Erstuntersuchung eine Eliminationsdiät durch, wobei sich die chronische Urticaria signifikant ($P \leq 0,05$) besserte.

Veränderungen im persönlichen bzw. familiären Bereich gaben 45,0 % der Patienten seit der Erstuntersuchung an, wobei 48,0 % von diesen Patienten einen Arbeitsplatzwechsel mit einer signifikanten Besserung ($P \leq 0,05$) der chronischen Urticaria durchführten.

30,6 % der Patienten benötigten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung Antihistaminika, davon 16,2 % bei Bedarf und 14,4 % in Dauermedikation. Glukokortikosteroide wurden von 4,5 % bei Bedarf oder in Dauermedikation eingenommen.

In 24 Fällen (21,6 %) fanden sich entscheidende Befunde zur Klärung der Ätiologie der chronischen Urticaria.

- 1 Beck HI, Cramers M, Herlin T, Sondergaard J, Zachariae H (1985) Comparison of oxatomide and clemastine in the treatment of chronic urticaria. *Dermatologica* 171: 49 - 51
- 2 Beebe GW (1983) Long-term follow-up is a problem. *AJPH* 73: 245 - 246
- 3 Berman BA, Ross RN, Sly RM (1982) Urticaria. *Cutis* 30: 696 - 704
- 4 Blair H, Parish WE (1985) Asthma and urticaria induced by seminal plasma in a woman with IgE antibody and T-lymphocyte responsiveness to a seminal plasma antigen. *Clin Allergy* 15: 117 - 130
- 5 Böttger EM (1981) Aktuelle Urticaria-Diagnostik. *Dtsch Dermatol* 29: 483 - 492
- 6 Bräutigam W, Christian P (1981) Psychosomatische Medizin. 3. Aufl. Thieme Stuttgart, S.275 - 278
- 7 Braun-Falco O (1976) Entwicklungen in der Dermatologie. In: Braun-Falco O, Marghescu O (Hrsg) Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie, Bd. 8. Springer, Heidelberg, S 428 - 430
- 8 Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH (1984) Dermatologie und Venerologie. 3. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio, S 255 - 276
- 9 Brauss H (1980) Chronisch-rezidivierende Urticaria einer Patientin durch Allergie gegen das Spermaplasma des Ehemanns. *Dtsch Dermatol* 28: 539
- 10 Bretag AH, Archer RS, Atkinson HM, Woods WH (1984) Circadian urticaria: another campylobacter association. *Lancet* 1: 954

- 11 Brown EB (1984) Urticaria and angioedema can be caused by food and dyes. *Ann Allergy* 52: 200
- 12 Cerio P, Lessof MH (1984) Treatment of chronic idiopathic urticaria with terfenadine. *Clin Allergy* 14: 139 - 141
- 13 Champion RH, Roberts SOB, Carpenter RG, Roger JH (1969) Urticaria and angioedema. *Br J Dermatol* 81: 588 - 597
- 14 Champion RH, Highet AS (1982) Investigation and management of chronic urticaria and angioedema. *Clin Exp Dermatol* 7: 291 - 300
- 15 Champion RH, Muhlemann MF (1985) A list of the potential causes of urticaria. In: Champion RH, Greaves MW, Kobza Black A, Pye RJ (Hrsg) *The urticarias*. Livingston, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 5 123 - 129
- 16 Chapel TA, Krugel L, Chapel J, Segal A (1981) Scabies presenting as urticaria. *JAMA* 246: 1440 - 1441
- 17 Chaudhary TK, Wray BB, Guill MF, Crews IM, Coker N (1984) Chronic urticaria related to sialoadenitis. *Ann Allergy* 53: 410 - 413
- 18 Check JH, Gentlesk MJ, Falanga V (1984) Sympathicomimetic amines in the treatment of chronic urticaria: two case reports. *Cutis* 34: 388 - 390
- 19 Clauvel JP, Brouet JC, Danon F, Leibowitch M, Seligman M (1982) Chronic urticaria with monoclonal IgM - a report of five cases. *Clin Immunol Immunopathol* 25: 348 - 353
- 20 Cook LJ, Shuster S (1983) Lack of effect of cimetidine in chronic-idiopathic urticaria. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 63: 265 - 267

- 21 Corsini AC (1982) Strongyloidiasis and chronic urticaria. Postgrad Med J 58: 247 - 248
- 22 Coutts A, Greaves MW (1982) Evaluation of six antihistamines in vitro and in patients with urticaria. Clin Exp Dermatol 7: 529 - 536
- 23 Cream JJ, Porter D (1979) Urticaria in Waldenström's macroglobulinaemia. J R Soc Med 72: 858 - 859
- 24 Curtis AC, Owens BB (1983) Centennial paper: Betadimethylaminoethyl-benzhydryl-ether-hydrochloride (benadryl) in the treatment of urticaria. Arch Dermatol 119: 438 - 441
- 25 Demaubeuge J, Tennstedt D, Broux R (1982) Does mast cell protection plus mediator antagonism surpass the effect of a classic antihistaminic in the treatment of chronic urticaria? A double-blind comparison of oxatamide and mequitazine. Dermatologica 164: 386 - 394
- 26 Diller G, Organos CE (1983) Behandlung der idiopathischen Urticaria mit $H_1 + H_2$ -Antagonisten. Z Hautkr 58: 785 - 793
- 27 Doeglas HMG (1975) Chronic urticaria, clinical and pathogenetic studies in 141 patients. Dissertation Groningen, Niemeyer, Groningen
- 28 Doeglas HMG, Klasen EC, Bleumink E (1985) α_1 -antitrypsin deficiency and PI typing in patients with chronic urticaria. Br J Dermatol 112: 381 - 385
- 29 Ehlers G (1983) Urticaria chronica in der dermatologischen Klinik. Z Hautkr 58: 1576 - 1582
- 30 Farnam J, Grant JA, Guernsey BG, Jortizzo JL, Petrusa ER (1984) Successful treatment of chronic idiopathic

urticaria and angioedema with cimetidine alone.

J Allergy Clin Immunol 73: 842 - 845

- 31 Ferguson JF, MacDonald KJS, Kenicer KJA (1985) Comparison of terfenadine and placebo in the treatment of chronic idiopathic urticaria. In: Champion RH, Greaves MW, Kobza Black A, Pye RJ (Hrsg) The urticarias. Livingston, Edinburgh, London, Melbourne, New York, S 217 - 218
- 32 Firmin CB (1977) Dietary treatment of chronic urticaria. J Hum Nut 31: 370 - 371
- 33 Forth W, Henschler D, Rummel W (1980) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. 3. Aufl. Wissenschaftsverlag, Mannheim, Wien, Zürich, S 146 - 149
- 34 Genton C, Frei PC, Pécoud A (1985) Value of oral provocation tests to aspirin and food additives in the routine investigation of asthma and chronic urticaria. J Allergy Clin Immunol 76: 40 - 45
- 35 Gibson A, Clancy R (1980) Management of chronic idiopathic urticaria by the identification and exclusion of dietary factors. Clin Allergy 10: 699 - 704
- 36 Gibson JR, Harvey SG, Barth JH, Moss MY, Burke CA (1984) An assessment of the novel antihistamine BW 825 C in the treatment of chronic urticaria. Dermatologica 169: 179 - 183
- 37 Gleich GJ, Schroeter AL, Marcoux JP, Sachs MI, O'Connell EJ, Kohler PF (1984) Episodic angioedema associated with eosinophilia. N Engl J Med 310: 1621 - 1626

- 38 Goerz G, Bedbur M, Graef V (1981) Urticaria in association with etiocholanolone fever. Br J Dermatol 105: 109 - 112
- 39 Greaves MW (1981) Antihistamine treatment: a patient self-assessment method in chronic urticaria. Br Med J (Clin Res) 283: 1435 - 1436
- 40 Green RL, Green MA (1985) Postcoital urticaria in a penicillin-sensitive patient. Possible seminal transfer of penicillin. JAMA 254: 531
- 41 Green SL, Reed CE, Schroeter AL (1985) Double-blind crossover study comparing doxepin with diphenylhydramine for the treatment of chronic urticaria. J Am Acad Dermatol 12: 669 - 675
- 42 Gregor M (1984) Enterohormone und Urticaria. Z Hautkr 59: 255 - 256
- 43 Harris A, Iwarog FJ, Geha RS (1983) Chronic urticaria in childhood: natural course and etiology. Ann Allergy 51: 161 - 165
- 44 Harto A, Sendagorta E, Ledo A (1985) Doxepin in the treatment of chronic urticaria. Dermatologica 170: 90 - 93
- 45 Hellgren L (1983) Urticaria, die Prävalenz in Geschlechts-, Alters- und Berufsgruppen in ganzen Bevölkerungsgruppen in Schweden. Aktuelle Dermatologie 9: 189 - 190
- 46 Hill JS, Rowland H (1982) Urticaria und Angioödem. Klinik Journal 8: 6 - 11
- 47 Hopkins JG, Kesten BM (1934) Urticaria. Etiologic observation. Arch Derm Syph 29: 358 - 381

- 48 Illig L (1977) Moderne Aspekte der Urticariapathogenese unter besonderer Berücksichtigung des Intoleranzphänomens. *Hautarzt* 28: 102 - 110
- 49 Illig L, Paul E (1978) Die Stellung der Antihistaminika in der Urticaria-Therapie. *Hautarzt* 29: 407 - 415
- 50 Illig L (1980) Urticaria und Quincke-Ödem. In: Korting GW (Hrsg) *Dermatologie in Praxis und Klinik*, Bd. 2. Thieme, Stuttgart, S 16.1 - 16.30
- 51 Illig L, Paul E (1984) Allergische und pseudo-allergische Reaktionen an Haut und Schleimhäuten durch Nahrungsbestandteile unter besonderer Berücksichtigung der Lebensmittelurticaria und des RAST. *Z Hautkr* 59: 793 - 813
- 52 James J, Warin RP (1971) An assessment of the role of candida albicans and yeasts in chronic urticaria. *Br J Dermatol* 84: 227 - 237
- 53 Johnson CE, Weiner JS, Wagner DS, Mclean JA (1984) Effect of H_1 - and H_2 -receptor blockade on the inhibition of immediate cutaneous reactions. *Clin Pharm* 3: 60
- 54 Juhlin L (1981) Recurrent urticaria: clinical investigation of 330 patients. *Br J Dermatol* 104: 369 - 381
- 55 Kaneko Z, Takaihi N (1963) Psychosomatic studies on chronic urticaria. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica* 17: 16 - 23
- 56 Kirchhof B, Haustein UF, Rytter M (1982) Azetylsalizylsäure-Additiva-Intoleranzphänomen bei chronisch-rezidivierender Urticaria. *Dermatol Monatschr* 168: 513 - 519

- 57 Kleinhaus D (1980) Urticaria: allergisch-chemisch-physikalisch. Monatskurse für die ärztliche Fortbildung 30: 688 - 693
- 58 Krause LB, Shuster S (1985) A comparison of astemizole and chlorpheniramine in dermographic urticaria. Br J Dermatol 112: 447 - 453
- 59 Lahti A, Hannuksela M (1981) Is benzoic acid really harmful in cases of atopy and urticaria? Lancet 2: 1055
- 60 Lanigan SW, Adams SJ, Gilkes JJH, Robinson TWE (1984) Association between urticaria and hypothyroidism. Lancet 1: 1476
- 61 Laternser M (1985) Klinische Untersuchungen bei 190 Patienten mit chronischer Urticaria, Dissertation München, München
- 62 Leznoff A, Josse RG, Densburg J, Dolovich J (1983) Association of chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity. Arch Dermatol 119: 636 - 640
- 63 Liechty RD, Firminger HI (1983) Hyperparathyroidism and urticaria. JAMA 250: 789
- 64 Lindemayr H, Gathmann P, Cermak TH, Grünberger J (1981) Ist die chronische Urticaria eine psychosomatische Erkrankung? Z Hautkr 56: 28 - 40
- 65 Lopez-Brea M, Fontelos PM, Baquero M, Aragon L (1984) Urticaria associated with campylobacter enteritis. Lancet 1: 1354
- 66 Maucher O (1982) Urticaria. Allergologie 5: 1 - 10

- 67 Marks R (1982) Chronic urticaria: the dilemma of treatment. *Int J Dermatol* 21: 19 - 20
- 68 Mathews KP (1980) Management of urticaria and angioedema. *J Allergy Clin Immunol* 66: 347 - 357
- 69 Mathews KP (1983) Urticaria and angioedema. *J Allergy Clin Immunol* 72: 1 - 14
- 70 May CD, Bock SA (1983) Adverse reactions to food caused by sensitivity. In: Middleton E, Reed CE, Ellis EF (Hrsg) *Allergy, principles and practice*, Vol. 2. Mosby, St. Louis, Toronto S 1415 - 1427
- 71 Meynadier J, Guillot B, Boulanger A, Meynadier JM, Pourailly F (1985) Etiology of chronic urticaria - a series of 225 new cases. In: Champion RH, Greaves MW, Kobza Black A, Pye RJ (Hrsg) *The urticarias*. Livingston, Edinburgh, London, Melbourne, New York, S 130 - 131
- 72 Michaëlsson G (1969) Chronic urticaria. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 49: 404 - 416
- 73 Moens HJB (1984) Association between autoimmune thyroid disease, atopy and urticaria? *Lancet* 2: 582 - 583
- 74 Monroe EW (1981) Urticaria. *Int J Dermatol* 20: 32 - 41
- 75 Monroe EW, Cohem SH, Kalbfleisch J, Schulz CJ (1981) Combined H_1 - and H_2 -antihistamine therapy in chronic urticaria. *Arch Dermatol* 117: 404 - 407
- 76 Monroe EW (1985) Chronic urticaria - review of the drug management. In: Champion RH, Greaves MW, Kobza Black A, Pye RJ (Hrsg) *The urticarias*, Livingston, Edinburgh, London, Melbourne, New York, S 205 - 212

- 77 Monroe EW (1985) Investigation of chronic urticaria.
In: Champion RH, Greaves MW, Kobza Black A, Pye RJ
(Hrsg) The urticarias. Livingston, Edinburgh, London,
Melbourne, New York, S 89 - 97

- 78 Neumann HA, Berretty PJ, Folmer SC, Cormane RH (1981)
Hepatitis B surface antigen deposition in the blood
vessel walls of urticarial lesions in acute hepatitis
B. Br J Dermatol 104: 383 - 388

- 79 Neumann Y (1984) Antihistaminika-Behandlung bei
chronischer Urticaria. Ergebnisse einer Multicenter-
Studie mit Azatadin und Terfenadind. Fortschr Med
102: 967 - 970

- 80 O'Neill S, Simpson NB (1985) A comparative double-
blind cross-over study using H₁- and H₂-receptor
antagonists for the treatment of chronic urticaria.
In: Champion RH, Greaves MW, Kobza Black A, Pye RJ
(Hrsg) The urticarias. Livingston, Edinburgh, London,
Melbourne, New York, S 226 - 227

- 81 Paul E, Bödeker RH (1985) Treatment of chronic urti-
caria with terfenadine and ranitidine - a randomised
double-blind study in 45 patients. In: Champion RH,
Greaves MW, Kobza Black A, Pye RJ (Hrsg) The urti-
carias. Edinburgh, London, Melbourne, New York,
S 228 - 230

- 82 Paul E, Bödeker RH (1985) Vergleich von Astemizol
und Terfenadin in der Behandlung der chronischen
Urticaria. Eine randomisierte Doppelblind-Studie
an 40 Patienten. Z Hautkr 60 (Suppl 1): 50 - 55

- 83 Przybilla B, Ring J, Burg G (1983) Anaphylaxie nach
Kaffeegenuß, chronische Urticaria und Analgetika-
Idiosynkrasie. Hautarzt 34: 73 - 76

- 84 Quadripur SA, Klose L (1985) Cryptosporidium enteritidis, Verseuchungsausmaß in Südniedersachsen, Untersuchung am Beispiel von Urticaria. Dermatol Monatschr 171: 438 - 442
- 85 Ring J (1982) Angewandte Allergologie. MMW, München S 59 - 63
- 86 Ros AM, Juhlin L, Michaëlsson G (1976) A follow-up study of patients with recurrent urticaria and hypersensitivity to aspirin, benzoates and dyes. Br J Dermatol 95: 19 - 24
- 87 Saihan EM, Littlewood SN (1983) Ketotifen and terbutaline in chronic urticaria. Br J Dermatol 109: 31
- 88 Scherer R (1983) Allergische Urticaria. Allergologie 6: 291 - 299
- 89 Schröpl F (1981) Das nicht-allergische Urticaria-Syndrom. MMW 123: 1007 - 1012
- 90 Sheldon JM, Mathews KP, Lovell RG (1954) The vexing urticaria problem: present concepts of etiology and management. J Allergy 25: 525 - 560
- 91 Shelley WB (1969) Urticaria of 9 years duration cleared following dental extraction. Arch Dermatol 100: 324
- 92 Shelley WB (1983) Commentary: antihistamines and the treatment of urticaria. Arch Dermatol 119: 442 - 444
- 93 Sims AC (1973) Importance of a high tracing-rate in long-term medical follow-up studies. Lancet 2: 433 - 435
- 94 Singh G (1984) H₂-blockers in chronic urticaria. Int J Dermatol 23: 627 - 628

- 95 Sinka L, Hlavaty P (1965) Analysis of catamnestic investigations of urticaria in common clinical material assembled in Bratislava in 1959 - 1963. Csl Dermatol 40: 217 - 224
- 96 Small P, Lerman S (1981) Hyperthyroidism and polycythemia vera with chronic urticaria and angioedema. Ann Allergy 46: 256 - 259
- 97 Small P, Barrett D, Biskin N, Champlin E (1982) Chronic urticaria and angioedema. Clin Allergy 12: 131 - 136
- 98 Stemmler M, Lischka G (1979) Urticaria: sinnvolle Diagnostik. Aktuelle Dermatologie 5: 131 - 134
- 99 Tanphaichitr K (1981) Chronic urticaria associated with bacterial infection. A case of dental infection. Cutis 27: 653 - 656
- 100 Temesvári E, Rácz J, Szatlóczky E, Soos G (1981) Behandlung der chronischen Urticaria mit Prenylamin. Dermatol Monatschr 167: 122 - 124
- 101 Thomas SE, Glenny H, Bleehen SS, Greaves MW, Pilgrim J, Rowell N, Fairiss G, Marks R, Hazell M, Kennedy CTC, Hindley F (1985) Cimetidin and chlorpheniramine in the treatment of chronic urticaria. In: Champion RH, Greaves MW, Kobza Black A, Pye RJ (Hrsg) The urticarias. Livingston, Edinburgh, London, Melbourne, New York, S 224 - 225
- 102 Thyagarajan K, Kamalam A (1982) Chronic urticaria due to abscessed teeth roots. Int J Dermatol 21: 606
- 103 Urbach E (1937) Kritische Übersicht über 500 eigene Urticaria-Fälle. MMW 84: 2054 - 2060

- 104 Vaida GA, Goldmann MA, Block KJ (1983) Testing for hepatitis B virus in patients with chronic urticaria and angioedema. *J Allergy Clin Immunol* 72: 193 - 198
- 105 Veronesi S, Palmerio B, Negosanti M, Tosti A (1983) Urticaria and giardiasis. *Dermatologica* 166: 42 - 44
- 106 Verschave A, Stevens E, Degreef H (1983) Pseudo-allergen-free diet in chronic urticaria. *Dermatologica* 167: 256 - 259
- 107 Wallenstein B, Kersten W (1984) Untersuchungsergebnisse eines Urticariakollektivs. *Allergologie* 7: 115 - 119
- 108 Waridel D, Müller C, Schöpf J (1984) Le refus de l'examen catamnestique. *Ann Med Psychol (Paris)* 142: 365 - 377
- 109 Warin RP (1982) Antihistamine treatment: self-assessment in chronic urticaria. *Br Med J (Clin Res)* 284: 193
- 110 Warin RP, Smith RJ (1982) Chronic urticaria investigations with patch and challenge tests. *Contact Dermatitis* 8: 117 - 121
- 111 Warin RP, Smith RJ (1982) Role of tartrazine in chronic urticaria. *Br Med J (Clin Res)* 284: 1443 - 1444
- 112 Warin RP (1984) The effect of large H₁ antagonists in urticaria. *Br J Dermatol* 11: 121
- 113 Wernsdörfer R (1967) Klinische Untersuchungen zur Pathogenese des chronischen Typus der Urticaria. *Hautarzt* 18: 164 - 168

- 114 Whitlock FA (1976) Psychophysiological aspects of skin disease. Saunders, London, Philadelphia, Toronto, S 154 - 164
- 115 Williams RE, Santiago SM, Klaustermeyer WB (1981) Urticaria associated with maxillary sinusitis. Ann Allergy 47: 446 - 448
- 116 Witkowski JA, Parish LC (1984) Scabies: a cause of generalized urticaria. Cutis 33: 277 - 279
- 117 Wong RC, Fairly JA, Ellis CN (1984) Dermographism: a review. J Am Acad Dermatol 11: 643 - 652
- 118 Wüthrich B, Häcki-Hermann D (1980) Zur Ätiologie der Urticaria. Z Hautkr 55: 102 - 111

G. Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Dr. h. c. O. Braun-Falco danke ich für die Überlassung des Themas und auch für die Arbeitsmöglichkeit an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München.

Für die kritische Durchsicht und für manche wichtige Hinweise sachlicher und literarischer Art möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Ring und Herrn Dr. med. B. Przybilla ganz besonders danken.

H. Lebenslauf

Name: Tino Francis Johannes Schwarz

geb. 10.10.1958 in München

wohnhaft: 8261 Emmerting, Nikolaus-Lenau-Str. 4

Vater: Francis Nottingham, Mutter: Irmgard Sirringhaus,
geb. Schwarz

Ausbildung:

Grundschule Altötting von 1965 - 1969

Aventinus-Gymnasium Burghausen von 1969 - 1978

Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians Universität
München von SS 79 - SS 85

Staatsexamen in Medizin am 28.05.1985

Approbation erhalten am 10.06.1985

Bisherige praktische Tätigkeiten:

Famulatur: in Innerer Medizin im Kreiskrankenhaus Burghausen
in Neurologie im Maida Vale Hospital in London
in Gynäkologie im Middlesex Hospital in London

Praktisches Jahr: in Dermatologie in der Dermatologi-
schen Klinik der Universität München
in Innerer Medizin im Städtischen
Krankenhaus München-Schwabing
in Chirurgie in der Chirurgischen
Universitätsklinik Innenstadt, München

Wehrdienst von 7/78 - 4/79 und von 7/85 - 1/86

Bisherige Weiterbildung:

6 Monate Neurologie im Bundeswehrkrankenhaus München bei
Herrn Prof. Dr. med. M. Heuser

Derzeitige Tätigkeit:

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Max von Pettenkofer-
Institut bei Herrn Prof. Dr. med. F. Deinhardt in der
Abteilung für Virologie

Berufsziel: Weiterbildung in Gynäkologie

